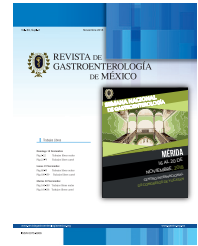




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 20 de noviembre de 2018

Páncreas y vías biliares

Mar278

ANÁLISIS DEL APEGO A LAS GUÍAS DE MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS DESENLACES CLÍNICOS

A. Soriano-Ríos, L. Uscanga, J. Hernández-Calleros, M. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una de las causas más frecuentes de visita al servicio de urgencias. Su mortalidad se reporta entre 2% y 50%. El desarrollo y seguimiento de guías clínicas se asocia a mejores desenlaces; sin embargo, su aplicación suele ser parcial o limitada.

Objetivo: Describir en una cohorte de pacientes con PA la frecuencia de apego a las guías (AG) y su asociación con diferentes desenlaces clínicos.

Material y métodos: Pacientes con PA atendidos en nuestro instituto entre enero de 2016 y enero de 2017. Se calcularon las frecuencias relativas y absolutas de apego a cada una de las categorías de las guías de la Asociación Internacional de Pancreatología. Los pacientes se agruparon de acuerdo con un AG mayor o menor del 50% y se compararon los diferentes desenlaces clínicos (estancia hospitalaria, estancia en la unidad de terapia intensiva (UTI), complicaciones locales, complicaciones sistémicas, infecciones y mortalidad). Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con PA, en su mayoría mujeres (68%), la edad media fue de 51 ± 22.39 años. La causa más frecuente fue alteración biliar (54%). La PA fue leve en 62% de los

pacientes, moderadamente grave en 24% y grave en 14%. Se presentaron complicaciones sistemáticas en 42% de los casos y locales en 12%. La estancia hospitalaria media fue de 7.5 ± 6 días, la estancia media en la UTI fue de 10.25 ± 11.2 días. La mortalidad fue del 4%. El AG fue del 100% en 1 paciente, 75% en 45 pacientes y 50% en 4 pacientes. La Tabla 1 muestra la comparación entre el AG y los desenlaces clínicos.

Conclusiones: El apego a las guías no es del 100%. Un apego a las guías inferior al 75% se asocia a un mayor número de complicaciones, mientras que un apego igual o inferior al 50% se asocia a una mayor mortalidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo; DEH: días de estancia hospitalaria; DE UTI: días de estancia en la unidad de terapia intensiva.

	Apego a las guías		Valor de p^*
	75% (n=45)	50% (n=4)	
Mortalidad		50%	0.000
DEH	7 días	15 días	0.183
DE UTI	5 días	27 días	0.261
Complicaciones locales	9%	50%	0.049
Complicaciones sistémicas	38%	100%	0.037
Gravedad			
• Leve	67%		
• Moderada	22%	50%	
• Grave	11%	50%	

Mar279

CIRCUNFERENCIA DE LA CAVIDAD PERITONEAL Y NIVEL DE ADIPONECTINAS COMO PREDICTORES DE GRAVEDAD EN PANCREATITIS AGUDA (ESTUDIO PANFAT).

R. Monreal-Robles, J. A. González-González, A. E. Khon-Gutiérrez, J. A. Palafox-Salinas, D. A. Ruiz-Sánchez, J. Sordia-Ramírez, J. A. Zúñiga-Segura, G. Elizondo-Riojas, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José E. González

Introducción: Actualmente no existe un marcador que prediga la evolución clínica de la pancreatitis aguda (PA) al ingreso hospitalario. Estudios previos han evaluado de forma retrospectiva la correlación con parámetros abdominales medidos por tomografía computarizada (TC) y la determinación de concentraciones de adipocitocinas como factores pronósticos de la gravedad en la PA con resultados controvertidos.

Objetivo: Nuestro objetivo fue investigar la eficacia de la circunferencia de la cavidad peritoneal (CCP) medida mediante TC y de la concentración de adiponectina (ADP) sérica como factores pronósticos de gravedad, pancreatitis necrosante y mortalidad en la PA al ingreso hospitalario.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes con un diagnóstico de PA con menos de 48 horas de evolución desde el inicio del cuadro clínico. Por protocolo, al ingreso todos los pacientes se sometieron a una TC de abdomen simple que se extendió desde L1 hasta L4. Se determinó la CCP a nivel de L2-L3 mediante el programa de segmentación Osirix v.3.9. La concentración de ADP se midió mediante el método Luminex® xMAP® Technology. La evolución de la gravedad y las complicaciones en PA se basaron en las definiciones y la clasificación de la revisión de Atlanta de 2012.

Resultados: Se analizaron 80 pacientes con pancreatitis aguda. La edad media fue de 39.4±17.7 años con un predominio de mujeres (67.5%). Las alteraciones biliares (78.8%) fueron la causa más frecuente. Del total de pacientes incluidos, 26 (32.5%) presentaron PA grave y 54 (67.7%) PA leve-moderada. Los pacientes con PA grave presentaron una CCP mayor que aquellos con PA leve-moderada (94.7±11.6 cm vs. 78.8±12.1 cm, $p<0.001$). La CCP presentó un área bajo la curva de 0.820 para predecir la gravedad (sensibilidad 85%, especificidad 74%, valor predictivo positivo [VPP] 61% y valor predictivo negativo [VPN] 91%). La frecuencia de pancreatitis necrosante y mortalidad fue de 2.3% frente a 33.3% ($p<0.001$) y 0.0%

frente a 13.9% ($p=0.016$) en el grupo con CCP <85 cm comparado con el grupo con CCP ≥85 cm, respectivamente. Además, se determinó la concentración de ADP y su punto de corte óptimo para mejorar la predicción de la evolución clínica en ambos grupos (CCP <85cm y CCP ≥85 cm). Para la concentración de ADP, 14.4 µg/mL fue el mejor punto de corte (sensibilidad 54%, especificidad 84%, VPP 64% y VPN 78%), el cual, aunado a la medición de la CCP, mejoró la predicción de gravedad en la PA (Figura 1).

Conclusiones: La medición de la CCP al ingreso por TC es útil para predecir de manera temprana el desarrollo de gravedad, pancreatitis necrosante y mortalidad en la PA. Una vez que se clasificó el paciente en relación con la CCP, la determinación de la concentración de ADP con un punto de corte de 14.4 µ/mL mejoró la predicción de un curso clínico favorable (pancreatitis leve-moderada) en el grupo con CCP <85 cm y la predicción de PA grave en los pacientes con CCP ≥85 cm.

Financiamiento: Servicio de Gastroenterología y Departamento de Radiología, Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González.”

Mar280

MODELO PREDICTIVO DEL RIESGO DE COLEDOLITIASIS EN APLICACIÓN PARA SMARTPHONE

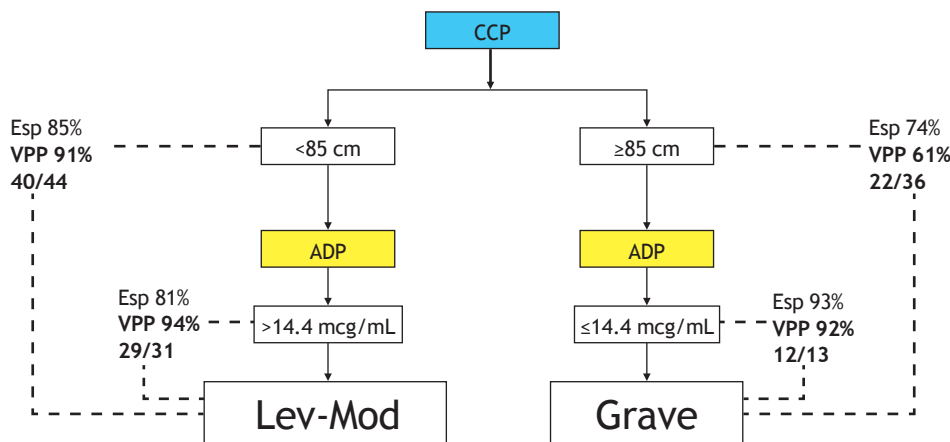
M. A. Martínez-Jiménez, R. Huerta-Reyna, F. J. Armas-Zárate, L. Guevara-Torres, J. Aguilar-García, G. Mariel-Cárdenas, M. U. Martínez-Martínez, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: Actualmente, el concepto de “riesgo de coledocolitiasis” se ha convertido en una dificultad para identificar el abordaje más adecuado para un paciente específico a fin de evitar infradiagnosticarlo, y exponerlo a un diagnóstico insuficiente o insatisfactorio, o sobrediagnosticarlo, y exponerlo a estudios invasivos excesivos.

Objetivo: Conocer los factores asociados a la coledocolitiasis en pacientes con colelitiasis sintomática.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo observacional del 1 de enero de 2015 al 31 de agosto de 2017, el cual incluyó pacientes con diagnóstico de colecistitis litiasica y presencia de factores pronósticos de coledocolitiasis (edad mayor de 55 años, colangitis clínica, pancreatitis biliar, alteración de las pruebas de función hepática (PFH), dilatación del colédoco o evidencia de cálculos en las vías biliares mediante ultrasonido). Todos los pacientes recibieron una clasificación de riesgo moderado o alto de acuerdo con los criterios de la ASGE (del inglés *American Society for Gastrointestinal*

Figura 1. Algoritmo al ingreso hospitalario para predecir la evolución clínica en la pancreatitis aguda. CCP, circunferencia de la cavidad peritoneal; ADP, adiponectina; Esp, especificidad; VPP, valor predictivo positivo. (Mar279)



Endoscopy). Se documentaron todos los casos confirmados de coledocolitiasis mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o ecografía de la vesícula biliar (EVB).

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes, la mayoría mujeres (301, 82.7%), que cumplieron con los criterios para riesgo alto e intermedio según los lineamientos de la ASGE. La media de la edad fue de 49 años y la mediana de 52. Los factores asociados a la coledocolitiasis encontrados con más frecuencia fueron: alteración de las PFH diferentes de la bilirrubina (61%), edad mayor de 55 años (48%) y bilirrubina total entre 1.8-4 mg/dl (42%). Los factores asociados a la coledocolitiasis se compararon entre el grupo con evidencia de coledocolitiasis mediante CPRE o EVB y el grupo sin coledocolitiasis, se determinó si existían diferencias significativas entre ambos grupos y el valor de *p*. La colangitis solo se encontró en el 6% de los pacientes, mientras que los cálculos observados mediante ultrasonido en el colédoco y la bilirrubina total mayor de 4 mg/dl se encontraron en 13%. Se obtuvieron los siguientes parámetros: diámetro del colédoco >6 mm determinado mediante ultrasonido en el 37% de los pacientes; bilirrubina total en un intervalo de 1.8-4 mg/dl en 42%; edad mayor de 55 años en 48%; y alteración en las PFH diferentes de la bilirrubina en 61%. La pancreatitis solo se encontró en el 29% de los sujetos. Excepto por el sexo ($p=0.472$), todos los factores asociados a la coledocolitiasis presentaron una diferencia significativa entre la ausencia o presencia de coledocolitiasis. En

general, los factores pronósticos muy fuertes tienen alta especificidad y baja sensibilidad. La colangitis (99%) tuvo la especificidad más alta; sin embargo su sensibilidad fue la más baja de todos los factores (16%). La bilirrubina mayor de 4 mg/dl presentó la mayor sensibilidad (55%) de este grupo y mantuvo una especificidad del 90%. Por lo general, este grupo tuvo buen valor predictivo positivo y un valor predictivo negativo más bajo. La sensibilidad y especificidad de los factores pronósticos fuertes es muy heterogénea (70% y 80%, respectivamente) y son mejores para el diámetro mayor de 6 mm determinado mediante ultrasonido. De este grupo, destaca la disminución considerable de especificidad (64%) para la bilirrubina total en un intervalo de 1.8-4 mg/dl con respecto al grupo de bilirrubina mayor de 4 mg/dl (90%). En el grupo de factores pronósticos moderados de la coledocolitiasis según la ASGE, las transaminasas y la fosfatasa alcalina presentaron la sensibilidad más alta (85%); sin embargo, también presentaron la especificidad más baja (43%). La edad presentó una sensibilidad (33%) y especificidad (44%) bajas, mientras que la pancreatitis presentó la sensibilidad más baja (21%) de todos los factores con una especificidad del 68% (Figura 1).

Conclusiones: Se determinaron los factores asociados a la coledocolitiasis en pacientes con coledocolitiasis sintomática con una adecuada precisión diagnóstica.

<https://marcomtmtz.shinyapps.io/Appcoledoco/>

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Desarrollo de la aplicación para smartphone. <https://marcomtmtz.shinyapps.io/Appcoledoco/>

Calcule el riesgo de coledocolitiasis en pacientes que ingresan al servicio de urgencias

Edad (años)

16 20 100

16 25 34 43 52 61 70 79 89 100

El paciente tiene colangitis clínica

Sí

Bilirrubinas totales (mgdl)

0.8 30

0 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30

Sí

Diámetro del colédoco en mm

0 6 40

0 4 8 12 16 20 24 28 32 35 40

Submit

El riesgo de coledocolitiasis por cirugía o CPRE para un(a) paciente de 20 años que sí tiene colangitis, con bilirrubinas de 0.8 mg/dL que sí tiene evidencia de lito en US, con diámetro del colédoco de 6mm es de:

92.6%

Documentación

Este es un trabajo desarrollado a partir de un modelo de regresión logística. La base de datos para el desarrollo del modelo incluyó 368 pacientes, el mejor modelo incluyó las variables necesarias para calcular el riesgo (las cuales fueron incluidas). Este modelo fue validado con 101 pacientes diferentes a los incluidos en la base de datos de desarrollo Tomando un punto de corte de 50% de riesgo, el modelo clasificó correctamente en la validación a 88.1% de los pacientes, tiene una sensibilidad de 83.3% y especificidad de 92.5%

Investigadores clínicos

- Dr. Raúl Huerta Reyna
- Dr. Francisco Javier Armas Zárate
- Dr. Mario Aurelio Martínez Jiménez
- Dr. Lorenzo Guevara Torres
- Dr. Jorge Aguilar García
- Gylmar Mariel Cárdenas

Desarrollo del modelo predictivo y aplicación:

- Dr. Marco Ulises Martínez Martínez

Todos los autores clínicos e investigadores del Hospital central "Dr. Ignacio Morones Prieto".

Mar281

PANCREATITIS AGUDA COMO FACTOR PROTECTOR DE COLEDOCOLITIASIS

R. Monreal-Robles, J. O. Jáquez-Quintana, J. A. González-González, K. B. Ordoñez-Moya, D. Olivares-Morales, C. A. Herrera-Figueroa, R. M. Narváez-Rivera, A. A. Garza-Galindo, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José E. González

Introducción: En los pacientes con sospecha de coledocolitiasis, la pancreatitis aguda biliar se considera como un criterio de riesgo intermedio por las guías de la ASGE (del inglés *American Society for Gastrointestinal Endoscopy*). Nuestro grupo publicó con anterioridad un estudio que describió la eficacia insuficiente de los criterios de la ASGE para la predicción de la coledocolitiasis; este mismo estudio también reveló que la pancreatitis biliar aguda era un factor protector contra la presencia de coledocolitiasis (razón de momios [RM]: 0.30, IC95%: 0.17-0.55, $p < 0.001$).

Objetivo: Evaluar el efecto de la pancreatitis aguda en el riesgo de coledocolitiasis en pacientes sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Material y métodos: Se incluyeron pacientes que se sometieron a una CPRE por sospecha de coledocolitiasis. Se compararon distintas variables de interés entre pacientes con y sin pancreatitis aguda biliar y se evaluó el impacto de la pancreatitis aguda en el riesgo de coledocolitiasis.

Resultados: Evaluamos 620 pacientes que se sometieron a una CPRE por sospecha de coledocolitiasis. De estos pacientes, 159 (25.6%) ingresaron con un diagnóstico de pancreatitis aguda. A su ingreso, los pacientes con pancreatitis aguda presentaron un nivel de bilirrubina (4.4 vs. 5.5 mg/dl, $p=0.001$) y un calibre del colédoco determinado por ultrasonido (8.6 vs. 9.8 mm, $p=0.002$) significativamente más bajos en comparación con los pacientes sin pancreatitis; asimismo, presentaron menor presencia de coledocolitiasis determinada por ultrasonido (33.3% vs. 53.9%, $p < 0.001$). El tiempo de espera para la CPRE (5.0 vs. 4.7 días, $p=0.505$) no fue estadísticamente significativo. La presencia de coledocolitiasis demostrada por CPRE en el grupo con pancreatitis fue de 42.1% comparada con 69.2% en el grupo sin pancreatitis (razón de momios [RM]: 0.324, IC95%: 0.224-0.470, $p < 0.001$). En un subgrupo de interés con colédoco no dilatado (≤ 6 mm) con una clasificación de alto riesgo según la ASGE por un nivel de bilirrubina ≥ 4 mg/dl (sin evidencia de colangitis aguda ni presencia de coledocolitiasis detectada por US), se demostró la presencia de CL en el 25% de los pacientes con pancreatitis aguda comparada con 56.5% de los pacientes sin pancreatitis (RM: 0.256, IC95%: 0.063-1.040, $p=0.099$).

Conclusiones: La pancreatitis aguda es un factor protector contra la presencia de coledocolitiasis más que un factor de riesgo en pacientes evaluados por sospecha de coledocolitiasis. La presencia de pancreatitis aguda biliar en pacientes con colédoco normal ≤ 6 mm con una clasificación de riesgo alto (bilirrubina ≥ 4 mg/dl según los criterios de la ASGE) implica solo un 25% de probabilidad de encontrar coledocolitiasis mediante CPRE. Con base en lo anterior, se podría considerar llevar a cabo, de manera prospectiva, un estudio diagnóstico (como ultrasonido endoscópico) en este subgrupo de pacientes y determinar su mejor abordaje.

Financiamiento: Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González."

Mar282

CAROTENOS Y VITAMINA D COMO ALTERNATIVA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA

A. Robredo-Galindo, J. Hernández-Calleros, M. Peláez-Luna, A. Soriano-Ríos, L. Uscanga, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La elastasa pancreática en heces se ha utilizado para el diagnóstico de la insuficiencia pancreática exocrina. Debido a esta dificultad diagnóstica, en los últimos años se han buscado diferentes pruebas de laboratorio, entre las cuales destacan la elastasa pancreática y las vitaminas liposolubles. Actualmente, la más utilizada de todas estas pruebas es la elastasa pancreática. Otra manera de evaluar la insuficiencia pancreática exocrina es mediante la vitamina D, ya que es de vital importancia en el metabolismo óseo y mineral. Por otro lado, los niveles de carotenos en la sangre también son útiles para llevar a cabo este análisis sobre la función pancreática. Con estas dos pruebas se pretende tener una alternativa a la elastasa pancreática para el diagnóstico de la insuficiencia exocrina.

Objetivo: Demostrar que la vitamina D y los carotenos pueden ser una alternativa viable para el diagnóstico de la insuficiencia pancreática exocrina.

Material y métodos: Se analizaron 130 muestras de pacientes en el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas en la Ciudad de México durante un periodo comprendido entre 2014 y 2017. Tipo de estudio: Descriptivo y transversal. Variables: Edad, sexo, diagnóstico, elastasa fecal, vitamina D y carotenos. Análisis estadístico: mediante una gráfica de dispersión y el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: De los 130 pacientes incluidos, 25 pacientes contaron con una determinación de vitamina D y carotenos. De estos 25 pacientes, 8 (32%) presentaron un nivel carotenos inferior a 100 $\mu\text{g}/\text{dl}$. De los 25 pacientes con una determinación de la vitamina D, 21 (84%) presentaron menos de 30 ng/ml. La gráfica de dispersión de este grupo de pacientes ilustra 7 (28%) sujetos que tuvieron un nivel bajo para ambos parámetros. La correlación entre la vitamina D y los carotenos se determinó mediante el coeficiente de correlación de Spearman ($p=0.847$) (Figura 1).

Conclusiones: Actualmente, la elastasa fecal se utiliza como un método diagnóstico para la insuficiencia pancreática exocrina. Con base en el análisis realizado, concluimos que la vitamina D es más eficaz, ya que 84% de los pacientes presentan niveles inferiores a 30 ng/ml; no obstante, los resultados son todavía mejores cuando se presentan niveles bajos vitamina D y carotenos al mismo tiempo, como el 28% de nuestros pacientes. En conclusión, las vitaminas liposolubles, como la vitamina D y los carotenos, pueden ser útiles en el diagnóstico de la insuficiencia pancreática exocrina.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Figura 1. Vitamina D, valores por debajo de 30 ng/ml. Carotenos, valores por debajo de 100 $\mu\text{g}/\text{dl}$.

