



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 21 de noviembre de 2022

Intestino delgado y colon

Lun131

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO EN POBLACIÓN GUANAJUATENSE: ¿JUSTIFICA UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA EFECTIVA?

G. Chávez-Saavedra, Departamento de Medicina y Nutrición, Universidad de Guanajuato

Introducción y objetivos: El cáncer colorrectal (CCR) representa hoy en día un problema de salud pública debido a su morbimortalidad mundial. México se encuentra dentro del grupo de países en los que el comportamiento epidemiológico muestra un claro crecimiento en su incidencia y mortalidad.

Objetivo: Establecer el perfil epidemiológico del CCR a partir de los factores de riesgo modificables y no modificables de pacientes con diagnóstico confirmado, en la población de un hospital de segundo y tercer niveles en Guanajuato del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos: Estudio que incluyó los expedientes de pacientes con CCR diagnosticados entre enero de 2016 y diciembre de 2020, en el Hospital General No. 58 y en la Unidad Médica de Alta Especialidad T1 Bajío, IMSS, en León, Guanajuato. A partir de ellos se realizó un registro de los factores de riesgo modificables y no modificables para CCR. El levantamiento de la información se realizó de diciembre de 2020 a diciembre de 2021.

Resultados: Se incluyeron 240 expedientes en los que se identificó que la incidencia fue similar en menores y mayores de 65 años; en menores de 50 años alcanzó 10%. La relación mujer y hombre fue de 1.2:1. El nivel socioeconómico predominante fue muy bajo. La distribución del CCR predomina en el colon proximal y recto para el sexo femenino y en el colon distal para el masculino. Los factores de riesgo no modificables se encontraron en el 10% de los casos. Sólo 24 (10%) pacientes contaban con colonoscopia previa. La tendencia al incremento de la incidencia del CCR, reconocida en la población mexicana desde varios años antes, se explicaría sobre todo por la presencia de ciertos factores de riesgo modificables. Sobresale la obesidad (45%), el sobrepeso (55%) y la falta de actividad física (95%). Otros factores importantes fueron el consumo de más de 100 g al día de carne roja o procesada en el 43.75% y el consumo de menos de 400 g de frutas y vegetales al día en 54.16% de los casos. Al final se encuentra el consumo de tabaco y alcohol, así como la ausencia de factores considerados como protectores. El 89.16% de los casos se clasificó en el grupo de riesgo promedio y 10.83% en el grupo de riesgo medio. De los 26 casos (10%) que se clasificaron en este grupo, nueve tenían antecedente de pólipos, 14 de CUCI y tres de enfermedad de Crohn. El aumento de la incidencia en los últimos años, así como el mejor conocimiento de la influencia de los factores de riesgo modificables, justifican una intervención para modificar dichos factores y así atender ese problema de salud pública. Sin embargo, el carácter "modificable" puede volverse un aspecto difícil de alcanzar en la fase de implementación de una intervención que se busque aplicar en la población mexicana, al igual que una intervención de escrutinio, en caso

de no preverse todas las barreas y facilitadoras relacionadas. La otra alternativa es la aplicación de métodos de escrutinio de forma sistemática en la población de riesgo promedio, que es la que concentra la gran mayoría de los factores de riesgo modificables. La experiencia en otros países ha mostrado que los programas de escrutinio aplicados a aquellas personas de alto riesgo son útiles para disminuir la incidencia y la mortalidad del CCR con resultados en un menor tiempo

Conclusiones: El hecho de que los factores de riesgo modificables tengan una frecuencia elevada, y baja los no modificables y protectores, y que la mayoría de los casos se derivara del grupo de riesgo promedio justifica una intervención preventiva dirigida a modificar los factores o establecer el escrutinio en población de riesgo promedio.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun132

CÁNCER COLORRECTAL TEMPRANO: COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y DES-ENLACES EN POBLACIÓN CON RIESGO PROMEDIO, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PRIVADO DE TERCER NIVEL

A. Ordóñez-Vázquez, S. Murua-Beltrán Gall, J. Romero-Flores, E. Medina-Ceballos, R. Dorantes-Heredia, D. Pérez-Ignacio, E. Juárez-Hernández, M. Uribe-Esquivel, G. Castro-Narro, I. López-Méndez, Fundación Clínica Médica Sur; Universidad Autónoma de México

Introducción: El cáncer colorrectal temprano (CCR-T) se define como aquel que se presenta en la población < 50 años con riesgo promedio (RP). Se ha observado un incremento de la incidencia de CCR-T y en México representa el 15% del cáncer colorrectal. Hoy en día, el tamizaje se recomienda a partir de los 45 años en población con RP; sin embargo, existe poca evidencia sobre el comportamiento epidemiológico y clínico del CCR-T en la población mexicana.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y clínicas de CCR-T en pacientes menores de 50 años con RP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en un hospital privado de tercer nivel, en el que se identificaron casos de CCR-T entre 2010 y 2022, en pacientes menores de 50 años. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, histopatológicos y endoscópicos. Se excluyeron los casos de CCR hereditario por síndromes de predisposición y vinculados con enfermedad inflamatoria intestinal.

Resultados: En un periodo de 12 años se identificaron 64 casos de CCR-T, en su mayoría en hombres (46.9%, n = 30), con mediana de edad e índice de masa corporal de 44 años (39-47) y 24.4 kg/m² (22.2-27.9), respectivamente. Las incidencias más altas se registraron en 2011 (14%), 2014 y 2016 (12.5%). El síntoma informado más frecuente fue hematoquecia/rectorragia (44.7%, n = 21) y 71.9% (n = 46) de los pacientes contaba con prueba de sangre oculta en heces, positiva en el 45.7% (n = 21) de los casos. La mayoría de las lesiones se localizó en recto sigmoideas con 42.2% (n = 27), con mediana de tamaño de 4.0 cm (2.5-5.7) y, de acuerdo con la endoscopia, la mayoría correspondió a adenomas de alto riesgo con 33.3% (n = 21). El tipo histológico de adenocarcinoma se identificó en el 100% de los casos, y el de origen túbulo-vellosos fue el más común (65%, n = 13). La mayoría de los pacientes se programó para hemicolectomía (35.9%, n = 23), mientras que 23.8% (n = 15) recibió tratamiento endoscópico para erradicación de la lesión.

Conclusiones: En esta población se observaron incidencias de CCR-T de 4.7% a 14.1% en un periodo 12 años, al igual que lo notificado en otras poblaciones; este tipo de neoplasias muestra una evolución

agresiva y habitualmente se halla en un estado avanzado, por lo que requiere tratamiento quirúrgico y quimioterapia adyuvante.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun133

¿PUEDE UNA PRUEBA DE ALIENTO ACORTADA PREDECIR SÍNDROME DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO?

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

Introducción: Las pruebas de aliento de hidrógeno espirado (PAHE) representan un método diagnóstico sencillo y no invasivo para el síndrome de sobrecrecimiento bacteriano (SSCB). A pesar de su creciente difusión en los últimos años, los protocolos se encuentran pobremente estandarizados, con variación en el tiempo entre las mediciones y la duración total del estudio. Hoy en día se considera positivo para SSCB un punto máximo de al menos 20 ppm (partes por millón) de hidrógeno espirado dentro de los primeros 90 minutos, con realización de la prueba cada 15 a 30 minutos por un periodo de dos a cuatro horas. Lo anterior representa tiempo invertido por el paciente y el personal de salud. Debido a lo anterior es de interés investigar si una prueba de aliento acortada puede ser una opción viable para predecir SSCB.

Objetivo: Determinar el desempeño de una prueba de aliento acortada (15 min, 30 min, 45 min y 60 min) contra la prueba de aliento común con duración de 180 minutos.

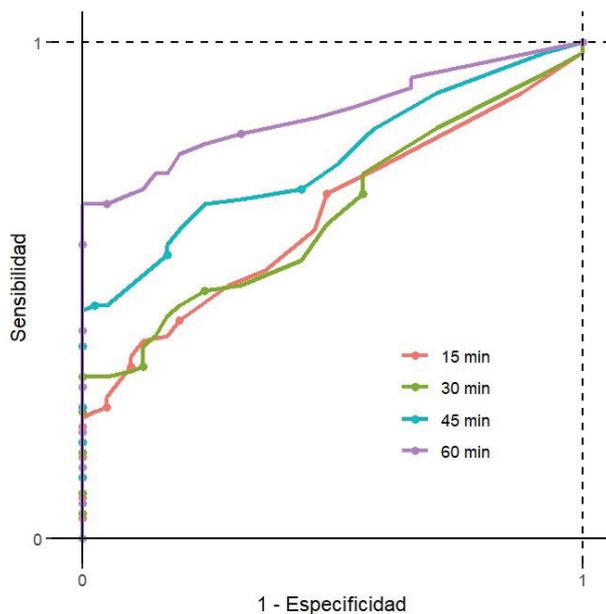
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de 2019 a 2022. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años referidos a la clínica de motilidad para realizarse una PAHE (se utilizó lactulosa). Las mediciones se llevaron a cabo de acuerdo con el protocolo institucional cada 15 minutos con una duración total de 180 minutos. Se recabaron las características basales de los pacientes y cada prueba la interpretó un gastroenterólogo entrenado, considerado el SSCB cuando había una elevación máxima única de al menos 20 ppm de la concentración de hidrógeno dentro de los primeros 90 minutos. Se evaluó el rendimiento de la prueba para predecir SSCB a los 15, 30, 45 y 60 minutos mediante el área bajo la curva ROC (*receiving operating characteristic*). Para el tiempo con mejor área bajo la curva se determinó el punto de corte que reduce al mínimo el costo de cometer errores en la clasificación, tras considerar que un falso negativo cuesta el doble que un falso positivo.

Resultados: Se incluyeron 139 pruebas de aliento, 114 (82%) en mujeres, con una mediana de edad de 49 años (RIQ, 19-84), mediana de IMC de 30.6 kg/m² (RIQ, 19-41.6) y la indicación más frecuente para realizar el estudio fue la diarrea crónica en 113 (81.3%) de los casos. Se obtuvo un área bajo la curva de 0.64 (IC95%, 0.558-0.741) a los 15 minutos, 0.65 (IC95%, 0.56-0.745) a los 30 minutos, 0.762 (IC95%, 0.685-0.839) a los 45 minutos y 0.86 (IC95%, 0.797-0.916) a los 60 minutos (Fig. 1). Para la prueba hasta los 60 min, el punto de corte óptimo fue de 11 o más ppm, que tuvo una sensibilidad de 0.78 (IC95%, 0.69-0.86) y una especificidad de 0.80 (IC95%, 0.68-0.93).

Conclusiones: Una prueba de aliento acortada predice la positividad para SSCB de manera aceptable en comparación con la prueba común. Reducir el tiempo a 60 minutos permitiría un ahorro de tiempo y recursos.

Financiamiento: El presente estudio no recibió ningún tipo de financiamiento, público o privado.

Figura 1. Curva ROC para predecir SSCB a diferentes tiempos de la prueba de aliento. (Lun133)



Lun134

EXPERIENCIA EN EL MUNDO REAL CON EL DIAGNÓSTICO DE MALABSORCIÓN DE ÁCIDOS BILIARES (MAAB) MEDIANTE 7-ALFA-C4 Y ÁCIDOS BILIARES EN HECES DE 48 HORAS

M. Schmulson, G. Mendoza-Domínguez, Z. M. Garrido-Santos, C. Lau, R. Balbuena, A. D. Santana-Vargas, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental (UME), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Gastroenterología y Motilidad Gastrointestinal, Clínica Lomas Altas SC

Introducción: Aproximadamente el 30% de los casos de SII-D o diarrea funcional y hasta un 63.5% de los casos de diarrea en pacientes colecistectomizados (Cole+) se deben a MAAB. La norma de referencia para el diagnóstico de MAAB es la prueba de medicina nuclear con ácido homotaurocólico marcado con selenio-75 (SeHCAT), que no está disponible en el medio de los autores. De manera alternativa se ha propuesto la determinación de ácidos biliares (AB) primarios (P): %cólico + %quenodesoxicólico y totales (T) en heces de 48 horas (8 085 pesos); y la de 7-a-hidroxi-4-colesten-3-uno (7αC4) en suero como una buena prueba de tamizaje (8 420 pesos). Sin embargo, la primera tiene el inconveniente logístico para los pacientes y ambas se deben enviar a Estados Unidos para su análisis, con un costo final elevado (16 505 pesos).

Objetivo: Evaluar la experiencia con el uso de estos biomarcadores para MAAB y determinar si en realidad el 7αC4 es un buen marcador de tamizaje en la clínica.

Material y métodos: Estudio prolectivo-retrospectivo de pacientes con diarrea crónica o distensión abdominal que consultaron a una clínica especializada de motilidad y trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC) del poniente de la Ciudad de México. Se revisaron los expedientes de pacientes a quienes se les solicitó 7αC4 en suero con ocho horas de ayuno (Prometheus) o AB en heces de 48 horas (*Mayo Clinic*). Se considera MAAB ante la presencia de valores

de 7αC4 > 55 ng/mL (alta); con ABP ≥ 9.8%; ABT > 2 337 μmol/48 h; o ABT > 1 000 μmol/48 h + ABP > 4% (ABT+P) que se deriva de las determinaciones de ABP y ABT. Los datos se compararon mediante las pruebas χ^2 y se realizaron correlaciones mediante rho de Spearman y exacta de Fisher.

Resultados: Se analizó a 47 pacientes con 7αC4 (f: 55%, edad: 58.4 ± 16.9 [intervalo, 18-86 años]), 21 de ellos con Cole+; 18 también tuvieron ABP y 17 ABT (f: 61%, 62.6 ± 17.0 [21-86 años]). La MAAB se confirmó por 7αC4 en 6/47 (12.8%) pacientes evaluados con esta prueba; por ABP en 7/18 (38.9%); por ABT en 1/17 (5.9%); y por ABT+P en 3/17 (17.7%). El 7αC4 alta se encontró no sólo en pacientes con ABP o ABT altos, sino también en 27.3% de aquellos con ABP o ABT normales: correlación baja con ABP: -0.152 (p = 0.546); moderada con ABT: 0.540 (p = 0.025), y negativa con ABT+P: -0.214 (p = 0.409). Además, la MAAB por 7αC4 fue más frecuente en pacientes con Cole+ vs. Cole-: 23.8% vs. 3.8% (p = 0.05); pero no se encontró en ninguno de los pacientes con diarrea funcional/SII/otras (n = 31). Finalmente, de los seis pacientes con MAAB según 7αC4, uno tenía además esprue tropical (Cole+) y uno enfermedad celiaca (Cole-).

Conclusiones: Este estudio, una clínica especializada confirma que el 7αC4 se correlaciona con ABP y es mejor biomarcador para MAAB, ya que puede estar elevado a pesar de ABP o ABT normales. Además, esta prueba única representa un ahorro del 49% en el estudio de MAAB. La ausencia de MAAB en el grupo con diarreas de origen funcional sugiere que el diagnóstico clínico fue muy útil para sospechar y descartar MAAB en estos pacientes. Por último, la MAAB puede coexistir con otras causas de diarrea crónica como esprue tropical o enfermedad celiaca, lo cual debe considerarse especialmente ante la falta de respuesta al tratamiento de estas anomalías.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para este estudio.

Lun135

UTILIDAD DE LA ESCALA CONTROL NUTRICIONAL (CONUT) EN LA EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR

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

Introducción: La escala de control nutricional (CONUT) ha demostrado ser predictor pronóstico en diversas afecciones infecciosas e inflamatorias, incluidas las enfermedades colorrectales, como neoplasias o enfermedad inflamatoria intestinal. En los pacientes con enfermedad diverticular (ED) es imperativo clasificar su gravedad con la finalidad de elegir una opción terapéutica certera, lo que modifica la morbimortalidad.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la escala CONUT en la gravedad y desenlaces clínicos en pacientes con ED atendidos en un centro de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, relacional y analítico, que abarcó un periodo de cinco años (enero de 2017-diciembre 2021), en el cual se incluyó a 111 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 preoperatorias, operatorias y posoperatorias de cada paciente. El riesgo de desnutrición se evaluó mediante la escala CONUT al momento de la atención hospitalaria. 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 de este estudio se describen en la **Tabla 1**. En el periodo de estudio, la ED representó el 2.19% de las afecciones atendidas en el servicio de los autores (111/5 290 pacientes). Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de la escala CONUT y la gravedad de la ED determinada por Hinchey ($p = 0.01$). De igual manera, se halló una correlación positiva entre el riesgo de desnutrición medido por la escala CONUT y la gravedad de la ED determinada por la clasificación de Hinchey tomográfica ($r =$, $p = 0.01$). Mediante el análisis ROC se determinó que un punto de corte de 3 puntos en la escala CONUT predice una mayor gravedad en la ED con una sensibilidad del 83%, especificidad de 70% y un área bajo la curva de 0.81 (IC95%, 0.67-0.96; $p = 0.009$). No se reconoció una relación entre el puntaje de la escala CONUT y la necesidad de tratamiento quirúrgico, complicaciones posoperatorias o estancia intrahospitalaria ($p \geq 0.05$).

Conclusiones: La escala CONUT es una herramienta útil en los pacientes con ED puesto que además de ser un método de tamizaje nutricional puede predecir la gravedad de la enfermedad. Este método podría ser un recurso valioso en centros hospitalarios en los que no se cuente con estudio tomográfico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad diverticular. (Lun135)

Variable	n = 111
Género, n (%)	
Masculino	65 (58.6)
Femenino	46 (41.4)
Edad, años \pm DE	54 \pm 14.01
Mínima	22 \pm 14.01
Máxima	90 \pm 14.01
Comorbilidades, n (%)	
Sin comorbilidades	74 (66.7)
DM	06 (05.4)
HAS	08 (07.2)
DM + HAS	10 (09.0)
HAS + depresión	01 (00.9)
AR	01 (00.9)
Depresión	01 (00.9)
ICC	01 (00.9)
HPB	01 (00.9)
Hipotiroidismo	01 (00.9)
Cáncer de tiroides	01 (00.9)
DM + AR	01 (00.9)
Asma	01 (00.9)
Ansiedad	01 (00.9)
Síndrome de Down	01 (00.9)
DM + bronquitis	01 (00.9)
Tabaquismo, n (%)	39 (35.1)
Grado de Hinchey, n (%)	
I	58 (52.3)
II	39 (35.1)
III	08 (07.2)
IV	06 (05.4)
Puntuación CONUT	
Riesgo de desnutrición por CONUT	
Sin riesgo	63 (56.8)
Leve	31 (27.9)
Moderado	12 (10.8)
Grave	05 (04.5)

Tratamiento quirúrgico	
Sí	65 (58.6)
No	46 (41.4)
Procedimiento quirúrgico, n (%)	
Ninguno	46 (41.4)
Sigmoidectomía + anastomosis colorrectal laparoscópica	22 (19.8)
RAB + anastomosis colorrectal laparoscópica	04 (03.6)
Sigmoidectomía + anastomosis colorrectal abierta	09 (08.1)
Procedimiento de Hartmann abierto	22 (19.8)
RAB + anastomosis colorrectal abierta	02 (01.8)
Hemicolectomía izquierda + anastomosis colorrectal laparoscópica	01 (00.9)
LAPE + drenaje de absceso pericólico	02 (01.8)
Hemicolectomía izquierda extendida + colostomía + FM	01 (00.9)
LAPE + resección intestinal + anastomosis enteroenteral + sigmoidectomía + CRA	02 (01.8)
Procedimiento de Hartmann laparoscópico	01 (00.9)
Complicaciones posquirúrgicas, n (%)	
Dehiscencia de anastomosis	02 (03.0)
Absceso residual	01 (01.5)
Absceso de pared	01 (01.5)

HAS, hipertensión arterial sistémica; DM2, diabetes mellitus tipo 2; AR, artritis reumatoide; ICC, insuficiencia cardiaca congestiva; HPB, hiperplasia prostática benigna; CONUT, riesgo nutricional; RAB, resección anterior baja; LAPE, laparotomía exploradora; E-E: enteroenteral; CRA, anastomosis colorrectal, FM, fístula mucosa.

Lun136

EL ENDOCUFF® NO INCREMENTA LA TASA DE DETECCIÓN DE PÓLIPOS O ADENOMAS COLÓNICOS

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

Introducción: La tasa de detección de adenomas (TDA) es el indicador de calidad más fiable de la colonoscopia. Se han desarrollado diferentes técnicas, maniobras y dispositivos para mejorar la TDA. El Endocuff® es un dispositivo que promete una mejor inspección de la mucosa colónica y un incremento de la TDA, pero su mayor rendimiento diagnóstico no se ha confirmado en todos los estudios y la evidencia que sustenta su empleo no es uniforme.

Objetivo: Comparar la tasa de detección de pólipos (TDP) y la TDA de la colonoscopia con Endocuff® respecto de la colonoscopia convencional.

Material y métodos: Se consideró para el estudio a todos los pacientes sometidos por primera vez a colonoscopia con fines diagnósticos entre enero de 2017 y mayo de 2022. Se excluyó a aquellos con colonoscopia previa o cirugía de colon, con hemorragia activa, embarazadas, pacientes inestables o graves, con insuficiencia renal o enfermedad inflamatoria intestinal conocida y quienes no aceptarían participar. Se eliminó a aquellos con estenosis de cualquier naturaleza y limpieza inadecuada que impidieran completar el estudio. Todos fueron preparados con una dieta baja en residuo y 4 L de polietilenglicol en dosis divididas. Todos los estudios los efectuó un mismo endoscopista y asistente, con uso del mismo equipo (Olympus 180), bajo sedación asistida por anestesiólogo. A todos los pacientes se les elaboró una historia clínica uniforme y completa. Se utilizó la escala de Boston para determinar el grado de limpieza intestinal. Los pacientes atendidos en forma consecutiva de enero

de 2017 a junio de 2020 se estudiaron con colonoscopia convencional, mientras que aquéllos atendidos en forma consecutiva de julio de 2020 a mayo de 2022 se estudiaron con Endocuff®.

Resultados: Se incluyó a 400 enfermos en el análisis final: 230 estudiados con colonoscopia convencional y 170 con Endocuff® (58 vs. 42%). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación con edad, género, escolaridad, peso promedio, índice de masa corporal, enfermedades sistémicas concomitantes, uso de fármacos o polifarmacia, indicación primaria de la colonoscopia, antecedente de cirugía abdominal y grado de limpieza intestinal. Se detectó una mayor proporción de pacientes con divertículos entre aquellos estudiados con Endocuff® (45.8 vs. 38.2%), mientras que la proporción de neoplasias malignas fue similar en ambos grupos (2.1% Endocuff® vs. 2.3% convencional) (Tabla 1). El tiempo promedio necesario para alcanzar el ciego también fue similar en ambos grupos: 7 min con 20 s en el grupo de colonoscopia convencional (intervalo, 3-37 min) y 7 min con 15 s en el grupo Endocuff® (intervalo, 3-35 min). Todas las lesiones pudieron researse sin complicaciones en ambos grupos.

Conclusiones: En esta serie, el uso de Endocuff® no incrementó la tasa de detección de pólipos, adenomas o adenomas mayores de 1

Tabla 1. Lesiones detectadas mediante colonoscopia convencional y Enfocuff®. (Lun136)

	Convencional n = 230	Con Endocuff® n = 170	p
Detección de pólipos	75 (32.6%)	58 (34.1%)	0.1
Detección de adenomas	52 (22.6%)	44 (25.8%)	0.5
Adenomas > 10 mm	15 (6.2%)	9 (5.3%)	0.2
Inserción de ciego	228 (99.1%)	168 (98.2%)	0.09
Inserción del íleon terminal	190 (82.6%)	137 (80.6%)	0.2

cm. Tampoco facilitó la inserción del ciego o del íleon terminal ni redujo el tiempo del estudio. Otros factores, y no solo el uso del dispositivo, deben considerarse para incrementar la detección de pólipos y adenomas en el colon.

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