



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 17 de noviembre de 2024

Endoscopia I

Dom017

LACTULOSA VS. POLIETILENGLICOL PARA LA PREPARACIÓN INTESTINAL EN COLONOSCOPIA A PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Y. Cruz-Saucedo, C. Mendoza-Segura, D. Torres-Rubí, P. C. González-Vera, C. A. Martínez-Arredondo, J. M. Martín-Bufajer, B. A. De-Anda-Martínez, F. D. García-García, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La colonoscopia es un método diagnóstico y terapéutico de mínima invasión que visualiza la mucosa de colon e íleon terminal. Una preparación intestinal inadecuada representa el 25% de las colonoscopias fallidas y, por otro lado, una preparación intestinal de calidad reduce la tasa de adenomas no diagnosticados en 40%. Se ha demostrado que la lactulosa posee una eficacia similar, mejor tolerabilidad, menor costo y una seguridad aceptable para una preparación intestinal de calidad en comparación con el polietilenglicol (PEG). Por ello se propone un estudio que demuestra estas ventajas para implementar su uso en la práctica diaria y mejorar la experiencia del paciente.

Objetivo: Comparar la calidad de la preparación intestinal con lactulosa y polietilenglicol en pacientes sometidos a colonoscopia.

Material y métodos: Estudio clínico controlado, paralelo, aleatorizado, simple ciego, 1:1, que incluyó a hombres y mujeres, mayores de edad, programados para colonoscopia diagnóstica en el HE CMN La Raza. Se obtuvo a 172 pacientes, que se dividieron en dos grupos (1:1): el grupo A recibió cuatro sobres de PEG, un día antes entre las 16 y las 20 horas; y el grupo B recibió 200 mL de lactulosa más 600 mL de agua el día anterior al estudio. Se valoraron la hora de la primera evacuación, la escala de Bristol, la palatabilidad, los electrolitos séricos y las reacciones adversas. La colonoscopia

la realizó el mismo endoscopista, quien registró hallazgos y calidad de la limpieza intestinal con la escala de Boston.

Resultados: De 172 pacientes, cinco se excluyeron por tener estenosis que impedía el paso del colonoscopio; el total de pacientes fue de 167. Se asignó a 83 pacientes al grupo de PEG (49,7%) y 84 al grupo de lactulosa (50,2%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica (31,7%) y DM 2 (19,1%). Las indicaciones más comunes fueron hemorragia gastrointestinal baja y diarrea crónica (19,2%). Se observaron palatabilidad con lactulosa en 9/10 (8-10 puntos), con PEG en 6/10 (5-10 puntos), con $p < 0,001$. Ambas se relacionaron con un descenso significativo de los valores séricos de potasio (grupo PEG de 4,19 inicial vs. 3,97 final; $p < 0,001$; y grupo de lactulosa de 4,25 vs. 4 meq/L; $p < 0,001$), y la elevación de creatinina sérica (PEG 0,79 vs. 0,93 mg/dL; $p = 0,001$; lactulosa 0,82 vs. 1 mg/dL; $p < 0,001$), pero sin diferencia significativa. La escala de Boston con lactulosa fue de 8 puntos (7-8) contra 7 (6-8) de PEG ($p = 0,003$) (Tabla 1).

Conclusiones: La calidad de la preparación intestinal con uso de la escala de Boston fue significativamente mejor con lactulosa; el perfil de seguridad muestra que el empleo de esta se relaciona con una mejor palatabilidad, menor volumen administrado y menor cantidad de efectos adversos.

Financiamiento: Ninguno.

Dom018

TASA DE DETECCIÓN DE LESIONES SÉILES SERRADAS EN COLONOSCOPIAS DE TAMIZAJE

C. J. Toranzo-González, F. Rojas-Mendoza, N. E. Aguilar-Olivos, M. Figueroa-Palafax, Médica Sur

Tabla 1. Parámetros de eficacia entre ambos grupos estudiados. Las variables cualitativas se resumieron con frecuencias absolutas (relativas)[^]; el valor de p se obtuvo con la prueba U de Mann-Whitney^u. (Dom017)

Parámetro de eficacia	Población de estudio (n = 167)	Grupo de polietilenglicol (n = 83)	Grupo de lactulosa (n = 84)	Valor de p
Tiempo de canulación (min)	6 (5-10) ^o	7 (5-10) ^o	5 (5-7) ^o	< 0,001 (S) ^u
Volumen de agua obtenido (mL)	100 (50-160) ^o	150 (100-300) ^o	50 (25-77,5) ^o	< 0,001 (S) ^u
Escala de preparación de Boston	7 (6-8) ^o	7 (6-8) ^o	8 (7-8) ^o	0,003 (S) ^u

Abreviaturas: mL Mililitros; S Significativo. Se resaltan en negritas las variables que presentaron significancia estadística, el valor de p se obtuvo empleando la prueba t de Student para grupos independientes^u; el valor de p se obtuvo empleando la prueba Chi cuadrada de Pearson^u

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de muerte por cáncer en todo el mundo. La colonoscopia es fundamental para detectar y eliminar lesiones precursoras del CCR. Las lesiones serradas sésiles de colon y recto tienen una importancia clínica significativa debido a su potencial maligno, ya que producen entre 20% y 30% de los CCR de intervalo. Estas lesiones se clasifican en pólipos hiperplásicos, adenomas serrados sésiles (ASS) y adenomas serrados comunes (ASC). Los ASS representan aproximadamente el 9% a 20% de todos los pólipos serrados y son más comunes en el colon proximal. Las características endoscópicas de los pólipos serrados incluyen su apariencia plana o ligeramente elevada, bordes indistintos y una coloración similar a la mucosa circundante, lo que puede dificultar su detección. Se ha comunicado en las publicaciones médicas internacionales una tasa de detección de adenomas sésiles serrados de 1,8% y de ASS con displasia de 0,1%, las cuales mejoran a 9,4% y hasta 12,3% con el uso de la cromoendoscopia virtual.

Objetivo: Determinar la tasa de detección de lesiones sésiles serradas en colonoscopias de tamizaje en el hospital Médica Sur.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el hospital Médica Sur en el periodo de enero de 2021 a diciembre de 2023. En este lapso se practicó un total 2 830 colonoscopias y se eligió a tres endoscopistas expertos para evaluar su tasa de detección de lesiones sésiles serradas en colonoscopias de tamizaje. Los procedimientos endoscópicos se efectuaron con procesadores EVIS EXERA III CV-190 y colonoscopios modelo CF-H190L/I. Se usaron las bases de datos de los servicios de endoscopia y anatomía patológica del hospital Médica Sur y se tomaron los datos correspondientes de localización del pólipo colónico, tamaño del pólipo, número de pólipos hallados durante el estudio, histología del pólipo y presencia de displasia.

Resultados: Se revisaron 2 830 colonoscopias, de las cuales 324 se incluyeron en el análisis. El promedio de edad de los pacientes fue de 63 años, con una distribución de sexo similar entre hombres y mujeres, 50,5% y 49,5%, respectivamente. En las 324 colonoscopias se identificaron 33 adenomas serrados sésiles, 124 pólipos hiperplásicos y ningún adenoma serrado común. La ubicación más frecuente de los adenomas serrados sésiles fue el colon ascendente (30,3%), seguido del colon descendente (21%) (Tabla 1). Solo 15% de los adenomas tuvo displasia de alto grado. En 66% de los estudios se encontraban dos o más de las lesiones, incluidos los adenomas. Las tasas de detección de lesiones serradas sésiles por endoscopista fueron: endoscopista 1 con 14,8%; endoscopista 2 con 9,8%; y endoscopista 3 con 5,9%.

Conclusiones: Las lesiones serradas sésiles en este estudio se presentan de manera similar en hombres y mujeres, son más frecuentes en pacientes de la tercera edad y su distribución es similar en colon derecho e izquierdo. Existe una amplia variabilidad entre la tasa de detección de adenomas. Debido a la significancia clínica y a la evolución del cáncer colorrectal de las lesiones sésiles es necesario mejorar las técnicas de detección de estas anomalías y evitar así la progresión al cáncer colorrectal y el cáncer de intervalo.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Características demográficas. (Dom018)

	n = 324
Edad (n, mM)	63 (31-90)
Masculino (n, %)	167 (50,5%)
Tasa de detección de adenomas serrados sésiles	33 (10,19%)
Tasa de detección de adenomas serrados sésiles con displasia de alto grado (n, %)	5 (1,5%)
Tasa de detección de pólipos hiperplásicos	124 (38,2%)
Ubicación anatómica de adenomas serrados	
Colon derecho (n, %)	14 (42,4%)
Colon izquierdo (n, %)	14 (42,4%)
Recto (n, %)	5 (15,1%)
Número de lesiones	
Única (n, %)	9 (27,2%)
Múltiples (n, %)	22 (66,6%)
Descripción de las lesiones	
Adenomas tubulares	191 (58,9%)
Adenomas avanzados	21 (6,4%)

Dom019

DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA DE METAPLASIA INTESTINAL Y ATROFIA DE LA MUCOSA GÁSTRICA RELACIONADA CON *HELICOBACTER PYLORI* DE ENERO DE 2020 A ABRIL DE 2024 EN EL HOSPITAL ESPAÑOL, UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

N. Reyes-Saavedra, I. Borbolla-Schega, J. I. Vinageras-Barroso, J. C. Solís-Sáinz, R. H. Raña-Garibay, Hospital Español

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (HP) es una preocupación global debido a su relación con enfermedades gastrointestinales como gastritis crónica, úlceras gástricas, duodenales y cáncer gástrico. Se calcula que afecta a más del 50% de la población mexicana y de esta proporción 3% desarrolla cáncer gástrico. Si se consigue la erradicación antes de que se produzcan cambios histológicos puede prevenirse; es la razón que justifica el tratamiento del HP. Se han descrito factores de riesgo como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, falta de agua potable y pobre higiene. El cáncer gástrico es la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo. El riesgo de desarrollarlo por *H. pylori* es de 0,6% a 0,22%. La gastritis atrófica y la metaplasia gástrica son lesiones premalignas. Debido a lo anterior es que la vigilancia epidemiológica y las estrategias de prevención y tratamiento son importantes.

Objetivo: Determinar la prevalencia de metaplasia intestinal y atrofia gástrica relacionadas con infección por *Helicobacter pylori* en el Hospital Español de México.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de enero del 2020 a abril del 2024 que incluyó a 894 pacientes adultos sometidos a endoscopia digestiva alta con biopsias gástricas. Se utilizó análisis estadístico descriptivo y pruebas de relación mediante tablas de contingencia y prueba exacta de Fisher.

Resultados: De los 894 expedientes incluidos en este estudio (Tabla 1), 53,9% correspondió a mujeres y la edad promedio fue de 60,2 años. La principal indicación del estudio fue sangrado del tubo digestivo (STD) con 25,27%, seguido de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con 14,9%. La prevalencia de HP fue de 17,6%, de la cual 53,8% se registró en mujeres, sin encontrar relación positiva entre HP y el sexo (p = 0,528); la edad promedio del grupo HP(+) fue de 58,25 y no tuvo nexo significativo con la infección (p = 0,402). En pacientes con HP(+), la indicación más común fue STD con 28,4%, sin hallar vinculación significativa (p = 0,178), seguida en segundo lugar por ERGE con 20,8%; se determinó que la presencia de HP eleva el riesgo de ERGE en un 67,9% (p = 0,016). La prevalencia de metaplasia fue de 7% y de atrofia de 1,23%. En el total de pacientes positivos a HP no hubo relación significativa con metaplasia ni atrofia. Por último, se observó que el HP incrementa el riesgo de gastritis crónica 14,2 veces (p < 0,001).

Tabla 1. Prevalencias y caracterización de la población de estudio. (Dom019)			
Variable	Todos (n = 894)	H. pylori (n = 158)	No H. pylori (n = 736)
Edad (años, promedio ± SD)	60,2 ± 18	58,25 ± 18,26	60,61 ± 17,93
Sexo (fem/mas)	F: 53,9% (482)	F: 53,8% (85)	F: 53,9% (397)
	M: 46,1% (413)	M: 46,2% (73)	M: 46,1% (340)
Indicación	STD	25,27% (226)	28,48% (45)
	ERGE	14,97% (133)	20,88% (33)
	Diarrea	10,17% (91)	11,39% (18)
Hallazgos	H. pylori	-	17,67% (158)
	Metaplasia	7% (63)	8,22% (13)
	Atrofia	1,23% (11)	2,53% (4)
	Gastritis crónica	67,33% (602)	89,87% (142)
			62,5% (460)

Conclusiones: Aunque la prevalencia de *H. pylori* en el Hospital Español de México es menor que en el resto del país, aún es relevante debido a sus implicaciones en la salud gastrointestinal. Se reconoció que el HP aumenta 14,2 veces el riesgo de desarrollar gastritis crónica y se vinculó 67,9% con ERGE. La falta de nexo entre HP y metaplasia/atrofia puede surgir debido al punto de no retorno en lesiones avanzadas de la mucosa, ya que una vez establecida la lesión continúa de forma histológica, lo que apoya la recomendación de dar seguimiento a estas lesiones cualquiera que sea el resultado de HP para la detección temprana de displasia y cáncer gástrico.

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

Dom020

UN TIEMPO DE INSERCIÓN PROLONGADO SE ASOCIA A UNA MAYOR CANTIDAD DE MOCO EN EL COLON IZQUIERDO DURANTE UNA COLONOSCOPIA CON INTERCAMBIO DE AGUA: RESULTADOS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA

A. González-Arredondo, C. P. Jaén-Villanueva, D. F. Ovalle-Marroquín, R. A. Miranda-Maciel, A. L. Mateos-Viramontes, D. I. García-Prado, A. R. Báez-Serrano, A. R. Flores-Rendón, Hospital Mexicali, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California

Introducción: La colonoscopia es el procedimiento médico regular utilizado para evaluar la mucosa del colon. Para una efectividad y seguridad adecuadas en una colonoscopia es necesario que el colon esté completamente libre de heces y otros residuos. Una preparación inadecuada del intestino reduce la detección de lesiones preneoplásicas, aumenta el tiempo del procedimiento y puede elevar los riesgos y costos vinculados con la colonoscopia. Se ha identificado que la técnica por intercambio de agua incrementa la producción de moco en el colon izquierdo, lo que dificulta la visualización apropiada.

Objetivo: Analizar los factores relacionados con la producción de moco en una colonoscopia con intercambio de agua medida con la escala de moco de colon izquierdo.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de un solo centro en pacientes con indicación de colonoscopia > 18 años entre enero y julio del 2024. La preparación intestinal se efectuó a base de PEG en dosis completa o dividida. En todos los pacientes se practicó una colonoscopia con técnica por intercambio de agua con uso de agua inyectable o solución salina al 0,45%. La preparación intestinal se evaluó con la escala de Boston y se consideró adecuada una puntuación ≥ 6 puntos; la producción de moco se evaluó con la escala de producción de moco en el colon izquierdo, con una puntuación ≤ 1 como adecuada. Se evaluaron variables demográficas, hallazgos endoscópicos y factores vinculados con la colonoscopia como la tasa de detección de adenomas y adenomas serrados sésiles y el tiempo de colonoscopia, entre otros. Se realizaron análisis univariados y multivariados, además de análisis de regresión logística para análisis independiente.

Resultados: Se incluyó a 92 pacientes, de los cuales 63 fueron mujeres (68%), con una edad promedio de 58 ± 11,2, PEG dividido (77%) y dosis com-

pleta (23%). En el 51% se logró una preparación intestinal ≥ 6; una escala de moco adecuada se consiguió en 16 pacientes (17,4%); la detección de adenomas se consiguió en 49 pacientes (53,3%) y de lesiones serradas sésiles en 22 pacientes (23,9%). En el análisis de regresión logística solo el tiempo de inserción cecal > 9 min se acompañó de un aumento de la producción de moco en el colon izquierdo (OR 1,24; IC95% 1,11-1,39; p = 0,043), sin encontrar otra variable significativa, incluido el uso de solución salina.

Conclusiones: La presencia de moco en el colon izquierdo es frecuente con la técnica de intercambio de agua; el tiempo de inserción prolongado es al parecer la variable más importante relacionada con este hallazgo, lo cual podría sugerir el efecto inflamatorio por la manipulación excesiva del colon sigmoides. Llama la atención que el uso de solución salina no protegiera contra este efecto, lo que hace necesario conducir más estudios para apoyar esta conclusión.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom021

¿CÓMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR H. PYLORI EN MÉXICO? DATOS DEL REGISTRO NACIONAL MEXICANO. HP-MEXREG

A. D. Cano-Contreras, J. M. Remes-Troche, G. P. Martínez-Pérez, F. Higuera-De la-Tijera, E. Coss-Adame, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, S. González-Hueso, J. K. Yamamoto-Furusho, Grupo Colaborativo: Colaboradores del Registro Mexicano para el Estudio del Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por *Helicobacter pylori*, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) afecta a más del 50% de la población mundial y es un factor determinante en el desarrollo de diversas enfermedades. La detección y erradicación precisa de esta bacteria son esenciales para prevenir y tratar estas afecciones. La fiabilidad y precisión de las pruebas diagnósticas y de erradicación son fundamentales para optimizar el control clínico de la infección por *H. pylori*.

Objetivo: Evaluar el uso de las pruebas diagnósticas y de erradicación de *Helicobacter pylori* en la población mexicana de acuerdo con el Hp-MexReg.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo realizado en pacientes incluidos en el Registro Mexicano para el Estudio del Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por *Helicobacter pylori* provenientes de 50 sedes nacionales. Se analizaron las pruebas diagnósticas, así como las pruebas para la erradicación. El análisis fue descriptivo mediante medidas de tendencia central y se realizó con el programa SPSS versión 26.

Resultados: Se analizó a 1 484 individuos, con predominio del sexo femenino (67,1%). La edad media fue de 53,3 años (intervalo, 16-92). La prueba diagnóstica para *H. pylori* más empleada fue la endoscopia con toma de muestras para el análisis histológico en el 69,7%; la media de edad de estos pacientes fue de 54,7 ± 15,1 años. En cuanto a las pruebas no invasivas, se recurrió con mayor frecuencia a la prueba de aliento con urea 13C (19,5%) y la prueba de aliento con urea 14C (6,3%). La edad media de los pacientes seleccionados para pruebas no invasivas fue de 50,3 ± 15,8 años, con una diferencia significativa entre los pacientes sometidos a endoscopia (p = 0,000). En cuanto a las pruebas de erradicación, la más usada fue la prueba

de aliento con urea 13C (25,9%), seguida de los antígenos fecales monoclonales (23,8%) y la prueba de aliento con urea 14C (19,3%) (Tabla 1). Cabe destacar que el 14,2% de los sujetos no se sometió a prueba diagnóstica de erradicación; de estos, el 8,9% se perdió en el seguimiento y en el 2,7% no se identificó la causa.

Conclusiones: La prueba diagnóstica utilizada con mayor frecuencia fue la endoscopia con análisis histológico, lo cual puede deberse a que la mayoría de los pacientes con sospecha de *H. pylori* era mayor de 50 años. Se reconoció una falta notable de seguimiento posterior a la erradicación, lo que subraya la necesidad de mejorar las estrategias de seguimiento y favorecer la adherencia a las pruebas para optimizar el tratamiento de la infección por *H. pylori*.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Descripción de la población y las pruebas diagnósticas y de erradicación. (Dom021)

Sexo F/M	999 (67,1%)/485 (32,9%)	
Edad	53,3 (16-92)	
Edad, pruebas no invasivas	50,3 ± 15,8	p = 0,000
Edad, pruebas invasivas	54,7 ± 15,1	
Pruebas diagnósticas		
Histología	1 034 (69,7%)	
Prueba de aliento con urea 13C	290 (19,5%)	
Prueba de aliento con urea 14C	93 (6,3%)	
Antígenos fecales monoclonales	35 (2,4%)	
Antígenos fecales policlonales	18 (1,2%)	
Prueba de ureasa rápida	8 (0,5%)	
Serología	5 (0,3%)	
Pruebas diagnósticas de erradicación		
Prueba de aliento con urea 13C	385 (25,9%)	
Antígenos fecales monoclonales	354 (23,8%)	
Prueba de aliento con urea 14C	288 (19,3%)	
No se realizó prueba	207 (14,2%)	
Antígenos fecales policlonales	155 (10,4%)	
Histología	95 (6,4%)	
Serología	0	
Prueba de ureasa rápida	0	