



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 18 de noviembre de 2024

Endoscopia II

Lun150

RADIACIÓN DURANTE LA COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) A CONSIDERAR COMO INDICADOR DE CALIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ

G. C. Celis-Valenzuela, J. O. Jáquez-Quintana, R. A. Jiménez-Castillo, J. A. González-González, R. J. Chicas-López, A. A. Garza-Galindo, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) propone indicadores de calidad para la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En los últimos años se ha propuesto integrar la medición de la radiación y su control como uno de ellos, pero su conocimiento es todavía menor. En consecuencia, se busca determinar el cumplimiento de los indicadores de calidad y los grados de radiación en un centro de enseñanza, su variabilidad según la experiencia del endoscopista y los grados de dificultad de la CPRE; la finalidad es poder considerarlo un nuevo indicador de calidad. **Objetivo:** Documentar la frecuencia del cumplimiento de los indicadores que establece la ASGE para una CPRE de calidad, y determinar si existe diferencia en el tiempo de fluoroscopia entre el residente en entrenamiento y el endoscopista experto. Evaluar si hay un nexo entre los grados de dificultad de la CPRE propuestos por la ASGE y la cantidad de radiación medida por tiempo de fluoroscopia y cantidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio ambispectivo que evaluó el periodo de agosto de 2018 a diciembre de 2023. Se incluyó a los pacientes sometidos a CPRE diagnóstica o terapéutica en el servicio de gastroenterología y

endoscopia digestiva. Se recopiló la información de los indicadores de calidad a partir del expediente clínico. Se excluyó a los pacientes que no contaban con información completa en el expediente clínico. Se evaluó la frecuencia del cumplimiento de cada indicador de calidad propuesto por la ASGE. Se compararon el tiempo y la cantidad de exposición a fluoroscopia entre el profesor y el residente en entrenamiento. Para la comparación de dos muestras independientes se utilizó la U de Mann-Whitney. Para la comparación de más de dos muestras independientes se usó la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyó a 1 430 pacientes sometidos a CPRE. Al evaluar los indicadores de calidad se observó que en 1 427 (99,8%) CPRE, la indicación fue adecuada. Al evaluar el tiempo y la cantidad de fluoroscopia de las CPRE, la mediana de tiempo de fluoroscopia del residente fue de 2,40 (intervalo, 1,4-4,3) minutos frente a 2,08 (intervalo, 1,0-4,62) minutos empleados por el profesor ($p = 0,007$). La mediana dosis de fluoroscopia utilizada por el residente fue de 18,60 (intervalo, 9,50-33,50) mGy frente a 14,90 (intervalo, 5,54-36,62) mGy usados por el profesor ($p = 0,016$). Al evaluar la posible diferencia entre las medianas de tiempo de fluoroscopia de acuerdo con el grado de dificultad durante la CPRE se observó que el grado 1 mostró una mediana de 2,43 (intervalo, 1,42-4,30) minutos, el grado 2 una mediana de 2,51 (intervalo, 1,39-4,27) minutos y el grado 3 una mediana de 2,36 (intervalo, 1,31-4,70) minutos ($p = 0,975$). En las medianas de cantidad de fluoroscopia de acuerdo con los grados de dificultad de la CPRE se encontró una mediana de 19,0 (intervalo, 9,67-33,80) mGy en el grado 1, una mediana de 17,55 (intervalo, 9,42-31,82) en el grado 2 y una mediana de 17,90 (intervalo, 9,75-37,30) en el grado 3 ($p = 0,845$).

Conclusiones: Se obtuvo un cumplimiento del 100% de los indicadores de calidad prioritarios en una CPRE. Se documentó menor tiempo de fluoroscopia en las CPRE practicadas por los endoscopistas de mayor experiencia. La mediana de tiempo de fluoroscopia de ambos grupos se halla por debajo de los límites propuestos por los DRL de Japón del 2020. No se registró diferencia significativa

entre los grados de dificultad de la CPRE y el tiempo de fluoroscopia. Es importante que cada centro documente en el informe de la CPRE la dosis de radiación utilizada y establecer un punto de corte para tomarlo como un indicador de calidad.

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

Lun151

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON HTDA Y ERC TERMINAL

J. L. Cardona-Torres, M. L. Alcántar-Vallín, M. Lazcano-Becerra, A. N. Vázquez-Godínez, H. M. Fonseca-Ron, E. C. Morel-Cerda, E. S. García-Jiménez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. M. Aldana-Ledesma, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La hemorragia digestiva alta es todavía una de las principales causas de ingreso hospitalario y la enfermedad renal crónica (ERC) tiene una elevada prevalencia en este país. Existen pocos estudios sobre los hallazgos endoscópicos y el desenlace de estos pacientes.

Objetivo: Determinar los hallazgos endoscópicos y desenlaces clínicos en pacientes con ERC terminal (ERCT) y HTDA.

Material y métodos: Pacientes con ERCT ingresados en el servicio de nefrología del HCFAA de julio del 2021 a abril del 2024 que presentaron HTDA durante su estancia hospitalaria. Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, hallazgos endoscópicos, tratamiento transfusional, estudios paraclínicos generales, estabilidad hemodinámica y parámetros clínicos generales, y desenlace clínico. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con SPSS y medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media (DE) y mediana (RIQ). Se realizó comparación entre grupos con valor de $p > 0,05$ y se usaron las pruebas t de Student, ji cuadrada, Fisher o U de Mann-Whitney, según correspondiera.

Resultados: Se incluyó a 93 pacientes, 38,7% hombres, con media de edad de 46 años (± 14); 56,9% ($n = 53$) se encontraba en hemodiálisis (HD), 39,7% ($n = 37$) en diálisis peritoneal (DP) y tres sin tratamiento de sustitución. Entidades comórbidas identificadas: HAS en 84% ($n = 78$), DM en 38% ($n = 36$) e ICC en 6,5% ($n = 6$). El 11,8% consumía AINE (ibuprofeno el principal), el 63,4% furosemida, el 57% antagonistas de calcio, el 52% betabloqueadores, el 35,5% ARA-II y el 6% IECA. Se reconoció a tres pacientes con cirrosis hepática, dos de ellos con descompensación por ascitis y uno con HTDA variceal (Tabla 1). El 55,9% requirió transfusión con hemoderivados, con una media de 3 PG por paciente. Los síntomas y estudios paraclínicos se registran en la Tabla 1, sin observar diferencias entre los grupos. De las escalas de riesgo, la escala AIMS65 (> 2) y Rockall (> 5) con riesgo alto tuvieron mayor mortalidad y significancia estadística, al contrario de las escalas de Glasgow-Blatchford y ABC en las que no se observó diferencia en la mortalidad. La endoscopia reveló úlceras en 60% (esofágicas, $n = 5$; gástricas, $n = 32$; y duodenales, $n = 30$), el 82% era Forrest III y 11,3% úlceras de alto riesgo (Forrest IA-IIb); esofagitis erosiva en 65,5%, varices esofágicas en 5%, angiodisplasias en 2%, lesión de Mallorrey-Weiss en dos pacientes, lesión de Dieulafoy en uno, hemobilia en otro y bulboduodenitis en 35 individuos. Se indicó terapéutica endoscópica en 8,6% de los casos y se trataron con hemoclips ($n = 5$), ligadura ($n = 2$), argón-plasma ($n = 1$), inyección con adrenalina ($n = 1$) y polvo hemostático ($n = 1$). La mortalidad durante la hospitalización fue de 20,4%.

Tabla 1. Variables clínicas, bioquímicas y endoscópicas de pacientes con ERC terminal y HTDA. (Lun151)

	Muertos ($n = 19$)	Vivos ($n = 74$)	Valor p
Sexo masculino	11 (58)	46 (62,2)	0,465
Edad	47,37 $\pm$ 17,1	45,74 $\pm$ 14,1	0,671
Hemodiálisis	13 (68,5)	50 (54,1)	0,307
Diálisis peritoneal	5 (26,3)	32 (43,2)	0,201
Hipertensión arterial	15 (78,9)	63 (85)	0,513
Sistémica			
Diabetes	8 (42,1)	28 (38,4)	0,482
ICC	0	6 (8,2)	0,196
Anemia	18 (94,7)	66 (90,4)	0,551

Infección activa	8 (42,1)	34 (46,6)	0,466
Neoplasias	2 (10,5)	5 (6,8)	0,590
Cirrosis	0	3 (4,1)	0,369
Cirrosis descompensada	0	3 (4,1)	0,369
Farmacos previos:			
Diuréticos (furosemida)	14 (73,7)	43 (58,9)	0,466
AINE	0	6 (8,1)	0,199
Antagonistas del calcio	8 (42,1)	40 (54,8)	0,233
IECA	0	6 (8,2)	0,196
ARA II	5 (26,3)	27 (37)	0,111
Betabloqueadores	10 (52,6)	38 (52,1)	0,877
Aspirina	3 (16)	0 (0)	0,003
Antibióticos	3 (18,8)	25 (37,3)	0,158
Melena	15 (79)	54 (73)	0,596
Hematemesis	3 (16)	22 (30)	0,221
Posos de café	9 (47,4)	24 (32,4)	0,284
Hematoquecia	1 (5,3)	4 (5,4)	0,980
Dolor abdominal	13 (68,5)	62 (84)	0,131
Náusea y vómito	11 (58)	50 (67,6)	0,682
Taquicardia	9 (47,4)	32 (43,2)	0,947
PAM	50 (50-52)	93 (83-98)	< 0,001
Fiebre	11 (57,9)	32 (43,2)	0,307
Alteración del estado de alerta	13 (68,4)	18 (24,3)	< 0,001
Escala Glasgow-Blatchford ≥ 3	19 (100)	73 (98,6)	0,610
Escala Rockall ≥ 5	17 (89,5)	24 (32,4)	< 0,001
AIMS65	3 (15,8)	2 (2,7)	0,024
Forrest < IIB	1 (11,1)	4 (12,5)	0,910
Escala ABC > 8	16 (84,2)	46 (62,2)	0,069
Úlcera	12 (63,2)	44 (59,5)	0,492
Tipo de úlcera			
Esofagitis erosiva	12 (63,2)	49 (66,2)	0,793
Plexos variceales	3 (15,8)	2 (2,7)	0,240
Angiodisplasias	0	2 (2,7)	0,469
Enfermedad de Dieulafoy	0	1 (1,4)	0,610
Desgarro de Mallorrey Weiss	1 (5,3)	1 (1,4)	0,294
Sangrado de ampula de Vater	0	1 (1,4)	0,610
Perforación viscera	2 (10,5)	0	0,005
Bulboduodenitis	7 (36,8)	28 (37,8)	0,578
Tratamiento endoscópico	2 (10,5)	6 (8,1)	0,737
Transfusión	7 (37)	45 (60,8)	0,073
Número de PG	3,25 $\pm$ 3	3,15 $\pm$ 2	0,902
Reacción transfusional	0	2 (2,7)	0,469
Hemoglobina	8,1 $\pm$ 3,1	8,0 $\pm$ 3,0	0,898
Plaquetas	210 $\pm$ 141	210 $\pm$ 110	0,98
Creatinina	10,1 $\pm$ 6,5	9,4 $\pm$ 5,8	0,676
Urea	200,6 $\pm$ 91,9	176 $\pm$ 104,1	0,356
Albúmina	2,6 $\pm$ 0,7	3,0 $\pm$ 0,7	0,080
TP	21 $\pm$ 35	15 $\pm$ 12	0,506
TTP	30,4 $\pm$ 8,0	29,6 $\pm$ 8,9	0,723
Potasio	4,9 $\pm$ 1,4	4,9 $\pm$ 1,0	0,824
Calcio	7,5 $\pm$ 1,0	7,8 $\pm$ 1,3	0,840

Conclusiones: Los pacientes con ERC T y HTDA tienen una alta mortalidad. La principal causa de sangrado son las úlceras y se notifican pocos casos de angiodisplasias. La ERC terminal otorga puntuaciones elevadas en las escalas de predicción de mortalidad, por lo que deben interpretarse con cautela.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun152

MIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA CON “PULL-DOWN” COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN ACALASIA CON MEGAESÓFAGO

A. Pérez-Ortiz, J. Furuzawa-Carballeda, D. P. Méndez-Hernández, M. Moreno-Fuentes, L. O. González-Alcocer, L. R. Valdovinos-García, E. Coss-Adame, M. Valdovinos, G. Torres-Villalobos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

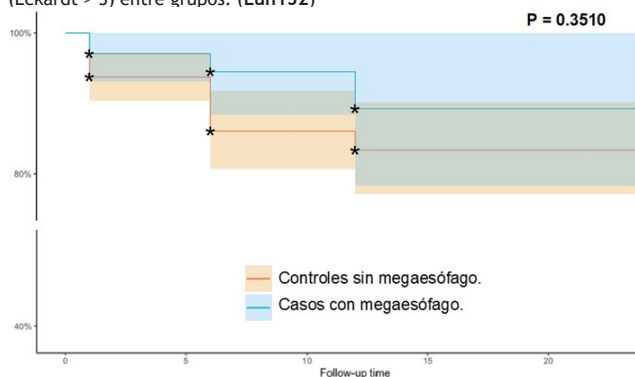
Introducción: La acalasia con megaesófago se desarrolla en el ~5% de los casos de acalasia como resultado de un tratamiento fallido o un diagnóstico tardío. Su tratamiento quirúrgico es complejo dada la dilatación esofágica > 6 cm y el trayecto tortuoso intratorácico. En virtud de su forma sigmoidea, la miotomía de Heller convencional no es el tratamiento regular. En cambio, la modificación con pull-down, que verticaliza el esófago y lo libera en el mediastino, es una alternativa novedosa, aunque la evidencia actual es limitada.

Objetivo: Describir los resultados a largo plazo en una cohorte de pacientes con acalasia, con y sin megaesófago, tratados con miotomía de Heller (pull-down para megaesófago y miotomía convencional para controles).

Material y métodos: Estudio de casos y controles (1:2) anidado en una cohorte de acalasia de pacientes con megaesófago, y controles sin megaesófago seleccionados al azar. Todos los pacientes tenían un diagnóstico confirmado de acalasia mediante esofagograma, endoscopia y MAR. Los casos de megaesófago tenían al menos un esofagograma con dilatación esofágica > 6 cm y se trataron con miotomía de Heller y pull-down. Los controles se trataron con miotomía de Heller laparoscópica convencional. De manera aleatoria, todos los casos recibieron un procedimiento antirreflujo (Dor o Toupet). Antes y después del procedimiento se evaluaron el diámetro máximo, la angulación del cuerpo y la forma esofágica y se comparó el cambio entre grupos con t de Student y ji cuadrada según fuera la distribución de datos. Se analizó la incidencia de recurrencia de síntomas (Eckardt > 3) entre casos y controles a 1, 6, 12 y 24 meses con modelos de regresión de Cox en el programa SAS v.9.4 y R v.4.2.2.

Resultados: Se analizaron 39 casos con megaesófago y 89 controles, pareados por tipo de acalasia y sexo; 64% de los casos de megaesófago tenía acalasia tipo 1 y 36% acalasia tipo 2. En los esofagogramas preoperatorios, el 16% de los casos de megaesófago mostró una forma sigmoidea avanzada (angulación < 90°) en comparación con el 6% de los controles. Respecto del periodo preoperatorio, en el posoperatorio los casos tratados con pull-down redujeron significativamente el diámetro esofágico de 7,23 cm a 5,44 cm y su área disminuyó de 180 cm² a 83,3 cm². Además, se observó una reducción hasta el 6% en la forma sigmoidea avanzada en este mismo grupo en el posoperatorio. La recurrencia de los síntomas a largo plazo, definida como una puntuación de Eckardt > 3, no fue significativamente diferente entre los casos y los controles (Figura 1). No se presentaron recurrencias quirúrgicas en ningún grupo.

Figura 1. Modelo de regresión de Cox ajustado de recurrencia de síntomas (Eckardt > 3) entre grupos. (Lun152)



* Modelo ajustado por edad, sexo y tipo de acalasia.

Conclusiones: El control de síntomas a 24 meses del pull-down para megaesófago no fue significativamente diferente al de una miotomía convencional para casos sin megaesófago. Estos datos sugieren que esta técnica puede verticalizar el esófago con menor morbilidad y mortalidad que una esofagectomía y con buen control de síntomas a largo plazo.

Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio.

Lun153

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENTACIÓN DE DISPEPSIA ORGÁNICA EN UNA POBLACIÓN CON DISPEPSIA AL NOROESTE DE MÉXICO

A. R. Báez-Serrano, C. P. Jaén-Villanueva, A. González-Arredondo, D. I. García-Prado, 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 dispepsia se define como la presencia de malestares crónicos y recurrentes en el epigastrio; los síntomas como dolor, ardor, distensión, saciedad temprana, plenitud, eructos, náusea o vómito pueden ser continuos o intermitentes. Cuando este síndrome se manifiesta a partir de alteraciones orgánicas, sistémicas o metabólicas se clasifica como dispepsia orgánica.

Objetivo: Determinar cuál es el mayor factor predictor de dispepsia orgánica en pacientes sometidos a endoscopia.

Material y métodos: Este es un estudio observacional de corte transversal para pacientes sometidos a endoscopia del tubo digestivo alto por síntomas relacionados con dispepsia. Antes del estudio se llevó a cabo una entrevista médica para conocer antecedentes, síntomas (se utilizó una escala de Likert de 5 puntos para determinar intensidad y se tomaron como significativos aquellos con 3 o más) y hallazgos endoscópicos. Se determinó la presencia de dispepsia orgánica en pacientes que mostraron erosiones o úlceras en estómago o duodeno. Las variables se expresaron en medias, medianas, desviación estándar y porcentajes. Se realizó análisis de regresión logística univariado y multivariado cuando aplicara con el programa IBM SPSS v21.

Resultados: Se incluyó a 215 pacientes para el estudio entre septiembre de 2023 y junio de 2024 en una unidad de atención privada y una pública. Del total de sujetos, 70% correspondió a mujeres, con edad de 50 ± 15,5 años e IMC de 28,7 ± 5,62. El 35% tenía antecedentes de HAS, 13% de DM, 10% de hipotiroidismo, 46% de cirugías abdominales y 15% de consumo de AINE. Un total de 86 pacientes (40%) sufrió dispepsia orgánica. En el análisis univariado, las variables vinculadas con dispepsia orgánica fueron consumo de AINE (OR 2,329; IC95% 1,097-4,947; p = 0,021), uso de lentificadores de vaciamiento gástrico (OR 0,469; IC95% 0,268-0,820; p = 0,005), administración de procinéticos (OR 0,453; IC95% 0,232-0,885; p = 0,013) y consumo de P-CAB (OR 0,899; IC95% 0,849-0,953; p = 0,001), además de tendencias respecto del dolor epigástrico (OR 1,602; IC95% 0,908-2,827; p = 0,069), diabetes (OR 2,060; IC95% 0,912-4,651; p = 0,061) e hipertensión (OR 1,662; IC95% 0,940-2,938; p = 0,054). En el análisis de regresión logística multivariado, solo la administración de AINE se consideró un factor predictor (OR 2,487; IC95% 1,074-5,763; p = 0,034).

Conclusiones: En este estudio, el antecedente relacionado con la dispepsia orgánica fue el consumo de AINE, lo cual coincide con lo informado en las publicaciones médicas. La administración de fármacos como los P-CAB, mas no los IBP, se acompañó de una menor proporción de lesiones en la endoscopia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun154

UTILIDAD EN CIRUGÍA DE LA ESCALA “COLON LEAKAGE SCORE” EN RIESGO DE FUGA DE ANASTOMOSIS AL RECTO

M. R. Esquivel-Steffanoni, A. Guinea-Lagunes, M. Philippe-Ponce, S. G. Almeida-del Prado, B. Jiménez-Bobadilla, J. A. Villanueva-Fierro, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La fuga de la anastomosis colorrectal es todavía frecuente y es difícil predecir. Por otro lado, una cirugía derivativa modifica el estilo de vida

de forma radical. Dekker creó en 2010 la puntuación de fuga de anastomosis *Colon leakage score* (CLS) para anticipar la fuga de anastomosis colónica en pacientes sometidos a colectomía y anastomosis al recto; se propone como medida de seguridad y herramienta útil en el juicio quirúrgico.

Objetivo: Demostrar la aplicación de la escala CLS prequirúrgica y transquirúrgica en la anastomosis al recto.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo con descripción analítica de pacientes sometidos a colectomía segmentaria con anastomosis al recto, o estado derivativo intestinal previo con restitución, como cirugía electiva o de urgencias en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga durante el periodo de 2022 a 2023.

Resultados: Se incluyó a 120 pacientes con afección benigna y maligna colorectal y segmentectomía o estado derivativo previo con anastomosis primaria o secundaria al recto. Se obtuvo un punto de corte de 12 puntos con análisis ROC, con área bajo la curva de 0,74, valor de $p = 0,008$ para una sensibilidad de 54,5%, especificidad de 85,32%, VPP 27%, VPN 94% y precisión estadística de 82,5%. Es predictor de fuga con OR = 3,75 (IC 1,8-7,5; $p = 0,02$). En el análisis de determinación de riesgo se encontró que la razón de ventajas para la fuga de anastomosis es de 7,869, con un intervalo de confianza del 95% que varía entre 0,973 y 63,627. Para la cohorte con ASADIC > 1, la razón de ventajas fue de 1,624 (IC, 1,265-2,086). En la cohorte con ASADIC < 1, la razón de ventajas fue de 0,206 (IC, 0,031-1,354).

Conclusiones: La CLS es un instrumento útil de predicción de fuga de la anastomosis.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Lun155

EVOLUCIÓN DE LA SEROPREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN DONANTES DE SANGRE EN EL SUR DE MÉXICO: UN ESTUDIO COMPARATIVO DE 10 AÑOS

P. Thomas-Dupont, J. M. Remes-Troche, I. Y. Izaguirre-Hernández, R. A. Hernández-Nieto, E. K. Dare-Salas, V. Uchino-Higueras, S. Santiesteban-González, Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad celiaca es una enteropatía autoinmunitaria que se desencadena en personas genéticamente susceptibles por la ingestión de proteínas de los cereales. La prevalencia media actual de EC en todo el mundo es de 1,4% para autoanticuerpos (seroprevalencia) y de 0,75% a 1% para biopsia duodenal. Los estudios recientes han demostrado un aumento de la incidencia y prevalencia de la EC a lo largo de los años. En México se ha informado una seroprevalencia de 0,7% a 1,1%, pero se desconoce si ha cambiado en los últimos 10 años.

Objetivo: Evaluar la seroprevalencia de anticuerpos relacionados con la EC entre donantes de sangre sanos y comparar su evolución durante 10 años en la región sur de México y compararla con una cohorte histórica de 10 años antes.

Material y métodos: Se incluyeron 400 muestras séricas de donantes de sangre sanos y se evaluó la presencia de anticuerpos anti-tTG-IgA, anti-DGP II-IgA y anti-DGP II-IgG mediante la prueba ELISA.

Resultados: Diez donantes de sangre fueron positivos en al menos una prueba de EC [3 (0,75%) positivos para h-tTG IgA, 6 (1,5%) para DGP II IgA y 1 (0,25%) para DGP II IgG]. La seroprevalencia general fue de 1:40 (10/400; IC95%, 0,970-4,030). En comparación con la cohorte histórica (2003), la seroprevalencia para h-tTG IgA fue la misma en ambas evaluaciones de 1:133 [3/400 (0,75%), $p = 0,999$]. Sin embargo, la seroprevalencia de DGP II IgA fue ligeramente mayor en esta determinación respecto de 10 años antes [1:67, 6/400 (1,5%) vs. 1:133, 3/400 (0,75%), $p = 0,505$].

Conclusiones: Aunque la seroprevalencia general de anticuerpos CD positivos aumentó de 1:66 (1,5%) a 1:40 (2,5%) durante 10 años en la población general, la prevalencia para h-tTG IgA se ha mantenido estable. Si se considera la seropositividad para otros anticuerpos, al igual que en otras partes del mundo, parece existir una tendencia en el incremento de la prevalencia de EC en México.

Financiamiento: Este trabajo se realizó con apoyo financiero de la empresa Werfen México.