



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 18 de noviembre de 2024

Oncología

Lun161

RELACIÓN DE HALLAZGOS HISTOLÓGICOS DE ESÓFAGO DE BARRETT Y PATRONES DE MUCOSA DESCRITOS POR ENDOSCOPIA

E. J. Medina-Ávalos, S. Teutli-Carrión, C. L. Dorantes-Nava, M. Y. Carmo-na-Castillo, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es la afección en la que el esófago distal está revestido con epitelio cilíndrico (metaplasia intestinal) y requiere confirmación histológica. Hoy en día se utilizan herramientas como las cromoe-ndoscopias digital y vital que permiten identificar patrones superficiales de la mucosa que aumentan el rendimiento para reconocer metaplasia intestinal.

Objetivo: Describir la frecuencia de hallazgos de esófago de Barret por estudio histológico descritos en la endoscopia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se evaluaron 46 imágenes fijas endoscópicas en las que se usaron cromoe-ndoscopias vital y digital en pacientes con sospecha de EB. Se evaluó la relación de los diferentes patrones superficiales de la mucosa y su resultado histológico. Se emplearon estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y análisis estadístico con la prueba t de Student.

Resultados: Se analizaron 46 estudios endoscópicos con sospecha de EB. La media de edad fue de 55 años (DS $\pm$ 12,5 años). El 71% correspondió a hombres. En 50% se confirmó EB y de esa proporción el 4,3% mostró algún grado de displasia. Se encontró que los patrones superficial tubular y cerebriforme poseen una relación con el resultado histológico para EB ($p = 0,005$ y $0,0041$), no así para los patrones puntiforme y ovalado (Tabla 1).

Conclusiones: La simplicidad de uso de las cromoe-ndoscopias digital y vital para identificar patrones microestructurales superficiales de la mucosa ante

sospecha endoscópica de EB las convierten en un método indispensable debido a su relación con el resultado histológico.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Tabla 1. Patrones superficiales de la mucosa y relación con metaplasia. (Lun161)

Tipo de patrón superficial de mucosa	Total de patrones observados	Relación con metaplasia (p)
Puntiforme	10	0,827
Ovalado	17	0,300
Tubular	19	0,005
Cerebriforme	2	0,040

Lun162

PREVALENCIA DE PRUEBA INMUNOQUÍMICA FECAL POSITIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN POBLACIÓN MEXICANA CON RIESGO PROMEDIO DE CÁNCER COLORECTAL

J. P. Soriano-Márquez, M. C. Manzano-Robleda, N. C. Chávez-Tapia, M. Calzada-Mijangos, D. Vidaña-Pérez, Médica Sur

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa mundial de cáncer y la segunda en mortalidad. En México representa el tercer tipo de cáncer más prevalente y el sexto lugar en mortalidad. Los programas de detección de

CCR basados en una prueba inmunoquímica fecal (PIF) incrementaron la adopción de estrategias de tamizaje en Estados Unidos con reducción de incidencia y mortalidad por CCR. México no cuenta con un programa nacional de tamizaje de CCR y es importante conocer la prevalencia de la PIF positiva y los factores relacionados con el resultado para la creación de programas de tamizaje en esta población.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la prueba inmunoquímica fecal positiva en la población mexicana con riesgo promedio de CCR. Analizar la vinculación entre las características de la población y el resultado de la prueba inmunoquímica fecal.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo transversal de los expedientes de los pacientes evaluados entre 2012 y 2021 en el centro integral de diagnóstico y tratamiento del hospital Médica Sur. Se incluyó a una población con riesgo promedio de CCR definida como individuos sin antecedentes personales/familiares de cáncer, de 45 a 75 años. Se utilizó una prueba cualitativa con punto de corte de 50 ng/mL. Se calculó la prevalencia de población de riesgo promedio con PIF positiva. Se utilizó la prueba ji cuadrada de Pearson para la comparación de variables y resultado de la PIF. Se realizó un modelo de análisis multivariado mediante regresión logística. La significancia estadística se determinó con $p < 0,05$ en una prueba de dos colas. La razón de momios (RM) se calculó con un IC95%. El protocolo de investigación se presentó al comité de bioética de Médica Sur y recibió aprobación (número de registro CONBIOÉTICA-09-CEI-018-20160729). Se cegó el nombre del paciente y se reemplazó con un código de identificación.

Resultados: Durante el estudio se registró a un total de 46 869 personas. Se ofreció una PIF a 13 078 individuos con riesgo promedio de CCR, pero 22 393 sujetos no proporcionaron la muestra, de manera que se integró un total de 10 685 individuos. Se excluyó a 3 583 pacientes con registros repetidos y al final se obtuvo a 7 102 personas para el análisis. Una cantidad de 595 (8,4%) individuos mostró una prueba positiva. Los factores relacionados con una PIF positiva en el análisis bivariado fueron edad > 65 años (RM 1,53; IC95% 1,17-2,01; $p = 0,002$) e IMC > 25 kg/m² (RM 1,35; IC95% 1,12-1,64; $p = 0,002$). Los factores relacionados con resultado negativo fueron el sexo femenino (RM 0,81; IC95% 0,67-0,98; $p = 0,029$) y la actividad física (RM 0,83; IC95% 0,69-0,99; $p = 0,039$) en el análisis bivariado. No se encontró nexo entre el resultado de la prueba inmunoquímica fecal y los antecedentes de diabetes, consumo de alcohol o tabaquismo. Para el análisis multivariado se incluyó a 6 650 pacientes y el resto se excluyó por falta de datos. En el análisis multivariado, los factores relacionados con una prueba inmunoquímica fecal positiva fueron edad > 65 años (RM 1,56; IC95% 1,18-2,06; $p = 0,002$) e IMC > 25 kg/m² (RM 1,28; IC95% 1,05-1,57; $p = 0,014$). El género femenino se vinculó con un resultado negativo en el análisis multivariado (RM 0,79; IC95% 0,65-0,97; $p = 0,025$).

Conclusiones: La prevalencia de una PIF positiva en la cohorte más grande de mexicanos con riesgo promedio de CCR es similar a la notificada en estudios previos más pequeños realizados en la población mexicana. Los factores vinculados con los resultados de la PIF fueron el sexo, la edad avanzada y el sobrepeso.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun163

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR TRATADO CON EMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

A. D. García-Aguilar, J. Guerrero-Ixtláhuac, J. C. Reyes-Vásquez, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: En México, el cáncer hepático ocupa el octavo lugar en incidencia y mortalidad y el carcinoma hepatocelular es el tipo más común. El papel de la radiología intervencionista en el tratamiento paliativo ha cobrado relevancia en los últimos años; la embolización transarterial, con o sin quimioterapia intraarterial, es uno de los tratamientos locorregionales más empleados en este país, con mayor efecto en la supervivencia de los pacientes con función hepática estable y una media global de 574 días.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y supervivencia del carcinoma hepatocelular sometidos a embolización transarterial (ETA) en el Instituto Nacional de Cancerología, así como comparar la sobrevida de la ETA con tratamiento sistémico adicional.

Material y métodos: Pacientes con carcinoma hepatocelular tratados con ETA en el departamento de radiología intervencionista de enero de 2010 a junio de 2024. Tipo de estudio: cohorte, retrospectivo, observacional, descriptivo y comparativo. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y análisis estadístico por Excel.

Resultados: Se incluyó a 80 pacientes con carcinoma hepatocelular tratados con ETA. La edad promedio fue de 65 años con predominio del género masculino (61,2%). El factor de riesgo más frecuente fue la cirrosis (80%) causada por alcoholismo (71,8%), infección por virus de la hepatitis C (15,6%), enfermedad hepática metabólica (6,2%), enfermedad autoinmunitaria (4,6%) e infección por virus de la hepatitis B (1,5%). El 81,2% correspondió a primarios únicos y el 18,7% a dobles primarios; el tumor neuroendocrino gástrico fue el más prevalente (20%). La diferenciación celular predominante fue indiferenciada (60,1%), seguida de moderadamente diferenciada (20%), bien diferenciada (13,7%) y poco diferenciada (6,2%). La clasificación de Barcelona más frecuente fue la B (62,5%), seguida de la A (37,5%); y la de Child-Pugh fue la A (88,7%), seguido de la B (11,3%). La bilirrubina total media antes de la ETA fue de 1,1 mg/dL y después de la ETA de 1,1 mg/dL, sin cambio significativo. La transaminasa glutámico-oxalacética (TGO) media anterior a la ETA fue de 93,2 U/L y posterior a la ETA de 222,7 U/L, una diferencia con tendencia al aumento, pero no estadísticamente significativa ($p = 0,25$). La fetoproteína α (AFP) media antes de la ETA fue de 759,8 ng/mL y después de la ETA de 2 604,5 ng/mL, también con tendencia al aumento, pero con diferencia no estadísticamente significativa ($p = 0,73$). Las opciones de la ETA fueron solo embolizante (13,7%) y embolizante más quimioterapia intraarterial (86,3%). Se emplearon partículas de 300 a 500 μ y, como quimioterapéuticos, doxorubicina (94,2%), epirrubicina (2,8%) y cisplatino (2,8%). Hasta 23 pacientes (28,7%) recibieron tratamiento sistémico adicional a la ETA con una sobrevida media de 665,4 días, sin significancia estadística ($p = 0,21$) al compararlos con los sujetos con ETA sola y una media global de supervivencia de 472 días. Se registraron 61 muertes (76,2%).

Conclusiones: El comportamiento epidemiológico de esta población con carcinoma hepatocelular es similar al de la población mundial; sin embargo, el alcohol es todavía la causa principal (71,8%), a diferencia de lo observado en el comportamiento mundial actual (virus de la hepatitis C y enfermedad hepática metabólica). Aunque no se demostró significancia estadística en los valores de TGO y AFP antes y después del tratamiento, se observó una propensión al aumento, lo que sugiere la necesidad de realizar un seguimiento a largo plazo en estos marcadores. La ETA, ya sea sola o combinada con quimioterapia intraarterial, mostró una supervivencia media de 472 días, la cual se encuentra por debajo de lo notificado en el plano internacional, lo que demuestra la falta de diferencia significativa entre ambos tratamientos. La ETA más tratamiento sistémico mostró mayor supervivencia en días, pero sin significancia estadística.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun164

CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR DE PATRONES SUPERFICIALES ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT

S. Teutli-Carrión, E. J. Medina-Ávalos, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La mucosa con apariencia columnar en el esófago distal durante la endoscopia lleva a sospechar esófago de Barrett (EB), pero no establece el diagnóstico de manera definitiva. Una técnica que mejore la visualización de la mucosa permitiría proporcionar un diagnóstico endoscópico más preciso. Para lograr un mejor reconocimiento visual del EB se han utilizado varias técnicas endoscópicas, de manera individual o combinada, entre ellas la cromoesndoscopia vital o digital para identificar los diferentes patrones superficiales de la mucosa.

Objetivo: Evaluar la concordancia interobservador de los diferentes patrones de la mucosa en pacientes con sospecha de EB.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se evaluaron 46 imágenes fijas endoscópicas en las que se utilizó cromoesndoscopia vital y digital en pacientes con sospecha de EB. Cuatro endoscopistas expertos y cuatro en entrenamiento evaluaron las imágenes y las compararon entre sí. Se evaluó la concordancia interobservador de los diferentes patrones superficiales de la mucosa. Se emplearon estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y análisis estadístico basado en concordancia

interobservador mediante cálculo del coeficiente kappa en el programa SPSS v. 26.

Resultados: Se confirmó el esófago de Barrett en el 50% de los pacientes y de estos el 4,3% tenía algún grado de displasia. Los patrones glandulares evaluados por endoscopistas expertos registraron frecuencias del patrón puntiforme en 75, del ovalado en 50, del tubular en 47 y del cerebriforme en 21. En los endoscopistas en entrenamiento las frecuencias fueron: puntiforme en 49, ovalado en 55, tubular en 62 y cerebriforme en 19. Al realizar la comparación interobservador se advirtió que el patrón cerebriforme tiene casi perfecta concordancia ($k = 1$), el patrón puntiforme buena concordancia ($k = 0,64$), mientras que los patrones ovalado y tubular alcanzan moderada y escasa concordancia ($k = 0,44$ y $0,33$, respectivamente) (Tabla 1). En los endoscopistas en entrenamiento, solo el patrón puntiforme y el tubular muestran moderada concordancia ($k = 0,4$ y $0,45$). No se identificó concordancia entre las descripciones entre endoscopistas expertos y en entrenamiento ($k = 0,14$).

Conclusiones: A pesar de la frecuencia relativamente rara del esófago de Barrett, las tecnologías endoscópicas pueden mejorar la confiabilidad en el reconocimiento y la concordancia interobservador entre los endoscopistas expertos y alcanzar grados moderados y buenos en este estudio.

Financiamiento: No se contó con ninguno.

Tabla 1. Comparación de concordancia interobservador entre endoscopistas expertos y endoscopistas en entrenamiento. (Lun164)

Endoscopista experto	Tipo de patrón glandular				Referencia Valor p
	Puntiforme	Ovalado	Tubular	Cerebriforme	
Observador 1	0,333	-0,136	0,339	1,000	0,190
Observador 2	0,649	0,335	0,145	1,000	0,000
Observador 3	0,407	0,339	0,444	1,000	0,004
Endoscopista en entrenamiento	Puntiforme	Ovalado	Tubular	Cerebriforme	Referencia Valor p
	Puntiforme	Ovalado	Tubular	Cerebriforme	Referencia Valor p
Observador 1	-0,150	-0,107	0,436	-0,045	0,223
Observador 2	-0,022	-0,52	0,247	-0,140	0,002
Observador 3	0,409	-0,143	0,089	0,166	0,006

*Valor de kappa.

Lun165

MUTACIONES DEL GEN KRAS, EN CÁNCER COLORRECTAL EN POBLACIÓN MEXICANA

Y. J. Cruz-Ramírez, R. S. Vélez-Ramírez, M. A. Quiñones-Barrera, T. Cortés-Espinosa, M. Salamanca-García, Centro Médico Nacional Hospital 20 de Noviembre

Introducción: En el mundo, el cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más diagnosticado en hombres y el segundo en mujeres, según la base de datos Globocan de la Organización Mundial de la Salud 2022, y el oncogén KRAS es la mutación más frecuente en todas las neoplasias malignas colorrectales. En 1990, Fearon y Vogelstein establecieron que el CCR es el resultado de mutaciones en genes con funciones significativas, como el control de la proliferación celular. Las mutaciones ocurren en múltiples genes y su orden es crucial para determinar la evolución del CCR; los genes que participan en este modelo genético se dividen en dos clases: supresores de tumor y oncogenes, como KRAS y *ctnnb1*. Existen diferencias en el pronóstico del paciente con el oncogén KRAS mutado y el no mutado.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal con KRAS mutado y su desenlace clínico, además de identificar el sexo más afectado, la mutación más frecuente y la localización colónica más comprometida.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se caracterizó a pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal en

la población mexicana. La población de estudio se integró con 30 pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal del Hospital 20 de Noviembre y que fueron objeto de colonoscopia y biopsias positivas para proceso maligno, en el periodo de enero de 2012 a diciembre del 2022. Al obtener las biopsias se solicitó inmunohistoquímica para clasificar el tipo de mutación presentada en los diferentes pacientes al margen del grado de diferenciación histológica.

Resultados: De los 30 pacientes, 28 tuvieron mutación en el gen KRAS y se excluyó a dos por no contar con historia clínica (Tabla 1). Las más frecuentes fueron la mutación G12D (aspartato) en 39,3%, seguida de las mutaciones GV12 C (cisteína) y GV12 valina con el 21,4%; con menor frecuencia se identificaron las mutaciones del codón 13 G13D (aspartato) y G13C (cisteína) con el 7,1%. El sexo más afectado fue el femenino en 25% (14,3% en el masculino); el intervalo de edad más común fue el de 60 a 69 años en ambos sexos. En cuanto a las características histológicas, de acuerdo con el grado de diferenciación del CCR, el 64,3% correspondió a tumores moderadamente diferenciados, seguido de los tumores bien diferenciados con 17,9%. En relación con la localización del tumor se encontró mayor compromiso en el colon descendente (60,7%), seguido del recto (25%). El estadio más frecuente fue el IIA con 35,7% y luego el IV con 32,1%.

Conclusiones: El estudio enfatiza la elevada frecuencia de mutaciones de KRAS en pacientes mexicanos con cáncer colorrectal y enfatiza la importancia de las pruebas genéticas para tomar decisiones de tratamiento personalizadas. Es importante destacar, con base en este estudio y en la población estudiada, que hay similitudes con los estudios de referencia, por ejemplo, que la mutación más frecuente es G12D (aspartato) y que el sexo femenino es el más afectado; en relación con la edad, en ambos sexos es similar (la sexta década de la vida); y, según sea el grado de diferenciación, sobresale el moderadamente diferenciado; la localización más comprometida es el colon descendente y el estadio más afectado es el IIA. Estas características sugieren la importancia de diagnosticar oportunamente a los pacientes para instituir un tratamiento dirigido e individualizado y mejorar por ende el pronóstico de vida.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Caracterización de pacientes con cáncer colorrectal y mutación en el gen KRAS. (Lun165)

Características		Masculino	Femenino	Total
Edad	40-49	1 (3,6%)	4 (14,3%)	5 (17,9)
	50-59	4 (14,3%)	2 (7,1%)	6 (21,4)
	60-69	5 (17,9%)	5 (17,9%)	10 (35,7)
	70-79	3 (10,7%)	3 (10,7%)	6 (21,4)
	> 80	0 (0,0%)	1 (3,6%)	1 (3,6)
Estadio según TNM	Estadio IIA	5 (17,9%)	5 (17,9%)	10 (35,7%)
	Estadio IIB	1 (3,6%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)
	Estadio IIIa	0 (0,0%)	2 (7,1%)	2 (7,1%)
	Estadio IIIB	1 (3,6%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)
	Estadio IIIC	0 (0,0%)	3 (10,7%)	3 (10,7%)
Grado de diferenciación	Estadio IV	6 (21,4%)	3 (10,7%)	9 (32,1%)
	Bien diferenciado	2 (7,1%)	3 (10,7%)	5 (17,9%)
	Moderadamente diferenciado	9 (32,1%)	9 (23,1%)	18 (64,3%)
	Pobremente diferenciado	2 (7,1%)	2 (7,1%)	4 (14,3%)
	Desconocido	0 (0,0%)	1 (3,6%)	1 (3,6%)
Localización del tumor	Ascendente	2 (15,4%)	1 (6,7%)	3 (10,7%)
	Transverso	0 (0,0%)	1 (6,7%)	1 (3,6%)
	Descendente	6 (46,2%)	11 (73,3%)	17 (60,7%)
	Recto	5 (38,5%)	2 (13,3%)	7 (25,0%)