



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Intestino delgado y colon

#### Lun201

#### CAMBIOS HISTOLÓGICOS EN PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA Y COLONOSCOPIA NORMAL QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, C. G. Solís-Hernández, M. Baca-García, Y. G. Céspedes-Saballos, K. Casarín-Chávez, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Alrededor del 5% de la población mundial padece diarrea crónica (DC). En un número considerable de pacientes no se establece un diagnóstico definitivo y se clasifica a los pacientes como individuos con diarrea funcional o idiopática. Como parte del abordaje diagnóstico, la ileocolonoscopía ayuda a identificar lesiones macroscópicas y permite tomar biopsias diagnósticas histológicas; en estudios mexicanos previos se ha publicado un rendimiento diagnóstico global del 28% al 36%.

**Objetivo:** Caracterizar a los pacientes con diarrea crónica y colonoscopia normal, y determinar sus hallazgos histológicos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de una cohorte de 113 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de diarrea crónica objeto de colonoscopia y toma de biopsia normal, de diciembre de 2022 a junio de 2024 en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Variables analizadas: sociodemográficas, características de la diarrea, síntomas relacionados, parámetros bioquímicos y hallazgos histológicos. Análisis estadístico: la descripción de las variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio y hallazgos histológicos para toda la población se realizó con frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, según fuera la distribución de los datos.

**Resultados:** Se incluyó a 113 pacientes, de los cuales 70% correspondió a mujeres; la edad media fue de  $54 \pm 14$  años. En el 57% de los pacientes se realizó una colonoscopia luego de seis meses del inicio de la diarrea y antes de un año de evolución. El 34,5% tenía diagnóstico de diabetes tipo 2 y el 13,2% de hipertensión arterial sistémica. El 100% de los pacientes indicó consumo previo de antibiótico intraluminal (rifaximina). Los pacientes señalaron pérdida ponderal de 5% a 10% (43%), dolor abdominal (65,4%) y distensión abdominal (82,3%). El 15,9% de los pacientes requirió hospitalización dada la gravedad de sus síntomas. Los hallazgos bioquímicos más frecuentes fueron eosinofilia en 21,2% y anemia en 15,9%; en el estudio coprológico se identificaron microbiota aumentada (15%) y quistes de *Blastocystis* (26,5%). En el 72% se registraron cambios histológicos, de los cuales los principales fueron colitis crónica inespecífica (36%), ileítis aguda (19,7%), colitis eosinofílica (7,4%), atrofia de vellosidades de íleon (2,4%) y proctitis crónica inespecífica (14,8%). De los hallazgos histológicos encontrados, el 29,5% apoyó el diagnóstico (Tabla 1).

**Conclusiones:** En pacientes con diarrea crónica está justificada la biopsia sistemática, aun en presencia de mucosa ileocolónica macroscópicamente normal, ya que permite establecer cambios histológicos y con ello ayuda al diagnóstico en más del 30% de los casos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

#### Lun202

#### FRECUENCIA Y COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE DIARREA CRÓNICA EN UNA POBLACIÓN MEXICANA

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegria-Ovando, K. M. Bastida-Guadarrama, M. Motola-Kuba, Y. M. Velasco-Santiago, M. A. Díaz-Castro, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Tabla 1. Características generales de pacientes con diarrea crónica e informe de colonoscopia normal. (Lun201)

Sexo, n (%)	Resultado	Principales hallazgos clínicos, n (%)	Resultado	Leucopenia	0 (0%)
Femenino	66 (70%)	Evolución > 6 < 12 meses	54 (57%)	PCR elevada	13 (11,5%)
Masculino	34 (30%)	Pérdida ponderal < 10%	49 (43%)	VSG elevada	11 (9,7%)
Edad media, años/DE	54 ± 14	Bristol 7	57 (50,4%)	Trastorno electrolítico	0 (0%)
IMC, n (%)	Resultado	Bristol 6	56 (49,5%)	Déficit vit. B <sub>12</sub>	11 (9,7%)
Sobrepeso	40 (35,3%)	Lientería	35 (39,5%)	Déficit vit. D	16 (14,1%)
Obesidad	12 (10,6%)	Esteatorrea	15 (13,2%)	Déficit folato	0 (0%)
Bajo peso	22 (19,46%)	Evacuaciones < 5 por día	105 (92,9%)	TSH alterada	9 (7,9%)
Normal	39 (34,5%)	Dolor abdominal	74 (65,4%)	Microbiota abundante	17 (15%)
Hábitos, n (%)	Resultado	Distensión abdominal	93 (82,3%)	Moco abundante	8 (7%)
Alcohol	38 (33,6%)	Síntomas nocturnos	38 (33,6%)	Quistes <i>E. coli</i>	4 (3,5%)
Tabaco	18 (15,9%)	Requirió hospitalización	18 (15,9%)	Quistes <i>Blastocystis</i>	30 (26,5%)
Ninguno	34 (30%)	Consumo previo de antibiótico	113 (100%)	Principales hallazgos histopatológicos, n (%)	Resultado
Ambas	23 (20%)	Alterna con evacuaciones no diarreicas	77 (68,1%)	Colitis crónica específica	41 (36%)
Comorbilidades	Resultado	Uso metformina	37 (32,7%)	Ileítis aguda	22 (19,7%)
Ninguna	47 (41,6%)	Principales hallazgos de laboratorio, n (%)	Resultado	Colitis eosinofílica	8 (7,4%)
Diabetes tipo 2	39 (34,5%)	Leucocitosis	12 (10,6%)	Atrofia vellosidades íleon	3 (2,4%)
Hipertensión arterial sistémica	15 (13,2%)	Eosinofilia	24 (21,2%)	Proctitis crónica inespecífica	17 (14,8%)
Otras enfermedades	12 (10,6%)	Anemia	18 (15,9%)	Clínicamente significativo	33 (29,5%)

**Introducción:** La diarrea crónica por definición se caracteriza por síntomas que duran más de cuatro semanas; es un problema que afecta al 5% de la población adulta. Existen diversos mecanismos fisiopatológicos que incluyen efectos secundarios a fármacos, cambios anatómicos posquirúrgicos, causas inflamatorias o de mala absorción, enfermedades pancreatobiliares y trastornos funcionales del eje cerebro-intestino vinculados con disbiosis o alteraciones de la motilidad gastrointestinal.

**Objetivo:** Identificar las causas de diarrea crónica en una población mexicana.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de diarrea crónica que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, durante un periodo de seis meses. Se evaluaron variables demográficas, parámetros bioquímicos, hallazgos endoscópicos e histológicos. Se emplearon estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central y dispersión mediante el programa SPSS 25.0. Los valores se expresan como medias y desviaciones estándar.

**Resultados:** Se analizó a 143 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales 65% correspondió a mujeres; la edad media fue de 54,6 años ± 13,15. Las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes mellitus tipo 2 en 38,3%, la hipertensión arterial sistémica en 35%, los trastornos del perfil tiroideo en 17,3%, la ansiedad en 6,5% y la depresión en 4,5%. El síntoma más común referido en el 75% de los pacientes fue la distensión abdominal. Las causas de diarrea crónica fueron el síndrome de intestino irritable tipo diarrea (SII-D) en 49 pacientes (34,2%), la diarrea funcional en 28 (19,5%), la enfermedad inflamatoria intestinal en 8 (5,5%), la insuficiencia pancreática en 6 (4,1%), la colitis eosinofílica en 4 (2,7%), la enfermedad celiaca en 3 (2%) y la colitis microscópica en 2 (1,3%). El 15% de los pacientes tenía anemia microcítica hipocrómica, el 7% deficiencia de folato y el 4% déficit de vitamina B<sub>12</sub>, cualquiera que fuera la causa. Los hallazgos histológicos observados fueron colitis crónica inespecífica (36%), ileítis aguda (27%), atrofia de vellosidades en íleon (9%) y proctitis crónica inespecífica (9%).

**Conclusiones:** Las causas de diarrea crónica en pacientes mexicanos son similares a las mencionadas en las publicaciones médicas y predominan los trastornos del eje cerebro-intestino, en comparación con las causas orgánicas; los hallazgos por colonoscopia permiten diferenciar ambos grupos. Se debe considerar la hipovitaminosis y la anemia en el seguimiento de la enfermedad, ya que se pueden implementar conductas terapéuticas oportunas para la prevención de complicaciones.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Lun203

### PREVALENCIA DE INFECCIONES GASTROINTESTINALES CAUSANTES DE DIARREA AGUDA

K. A. Jiménez-Urrutia, E. Cerda-Reyes, M. G. García-Araiza, J. S. García-Hernández, R. G. Correa-González, A. Martínez-Cuazitl, Hospital Central Militar

**Introducción:** De acuerdo con la OMS y la UNICEF, existen alrededor de 2 000 millones de casos de enfermedad diarreaica en el mundo cada año. En los países industrializados, los pacientes que fallecen por diarrea son relativamente pocos; esta afección es todavía una causa importante de morbilidad. En los países en desarrollo, las bacterias y parásitos entéricos tienen una mayor prevalencia que los virus y su mayor elevación ocurre casi siempre durante el verano. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es identificar el patógeno más frecuentes como causas de diarrea aguda por medio de la determinación de PCR gastrointestinal.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de infección gastrointestinal.

**Material y métodos:** Es un estudio analítico, observacional y retrospectivo. Se analizaron los paneles gastrointestinales de enero a mayo del 2024 y se registraron biometría hemática, proteína C reactiva, sodio y potasio sérico, creatinina, urea y BUN. Se excluyó a los pacientes con estudios de laboratorio incompletos, pacientes inmunodeprimidos (quimioterapia, cirrosis, enfermedades autoinmunitarias) y con *Clostridioides difficile*. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de las variables cuantitativas, las cuales se expresaron en media y desviación estándar ( $p > 0,05$ ) o mediana y RIQ ( $p < 0,05$ ). Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis y la prueba de asociación ji cuadrada para las variables cuantitativas, estas últimas expresadas en frecuencia (n) y porcentaje, tras considerar como estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ ; el programa estadístico utilizado fue el IBM SPSSv26.

**Resultados:** Se registró a 134 pacientes con paneles gastrointestinales que acudieron al hospital por diarrea aguda. De éstos se excluyó a 62 pacientes (46,27%) y se analizó a 72 pacientes (53,73%) no inmunodeprimidos; la mayoría de los pacientes era positiva a bacterias con 57 casos (79,2%), en segundo lugar a virus con 40 (55,6%) y solo 4 (5,6%) fueron positivos a parásitos; el 40,3% tenía combinaciones, la más común de las cuales fue la viral + bacteriana (Tabla 1). Bacterias más comunes: *E. coli* enteropatogénica (EPEC) en 47,8%, *E. coli* enteroagregativa (EAEC) en 30,6% y *E. coli* enterotoxigénica (ETEC) en 19,4%; el virus más frecuente fue rotavirus A en 45 pacientes

**Tabla 1.** Frecuencia de los patógenos detectados mediante panel gastrointestinal en el periodo de enero a mayo 2024 en el Hospital Central Militar. (Lun203)

Agentes patógenos	n (%)
Adenovirus F40/41	1 (0,8)
Astrovirus	2 (1,5)
Norovirus GI/GII	11 (8,2)
Rotavirus A	45 (33,6)
Sapovirus	2 (1,5)
<i>Cryptosporidium</i>	9 (6,7)
<i>Cyclospora cayentensis</i>	0 (0)
<i>Entamoeba histolytica</i>	0 (0)
<i>Giardia lamblia</i>	2 (1,5)
<i>Campylobacter</i>	4 (3)
<i>Campylobacter jejuni</i>	0 (0)
<i>Campylobacter coli</i>	0 (0)
<i>Campylobacter upsaliensis</i>	0 (0)
<i>Clostridium difficile</i> toxina A/B	20 (15)
<i>Plesiomonas shigelloides</i>	4 (3)
<i>Salmonella</i>	12 (9)
<i>Yersinia enterocolitica</i>	0 (0)
<i>Vibrio</i>	2 (1,5)
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	0 (0)
<i>Vibrio vulnificus</i>	0 (0)
<i>Vibrio cholerae</i>	1 (0,8)
<i>E. coli</i> enteroagregativa (EAEC)	41 (30,6)
<i>E. coli</i> enteropatógena (EPEC)	64 (47,8)
<i>E. coli</i> enterotoxigénica (ETEC)	26 (19,4)
<i>E. coli</i> productora de toxinas tipo <i>shiga</i> STX1/ STX2 (STEC)	2 (1,5)
<i>E. coli</i> O157	0 (0)
<i>Shigella/E. coli</i> enteroinvasiva (EIEC)	7 (5,2)

(33,6%). Se identificó que la principal coexistencia fue la de agente bacteriano más virus en 26 pacientes (36,1%); entre *E. coli* y norovirus GI/GII se encontró una relación estadísticamente significativa entre los pacientes con comorbilidades y *E. coli* enteropatógena (EPEC) ( $\chi^2 = 6,880$ ,  $p = 0,010$ ) y fue más frecuente en los pacientes con comorbilidades (DT2, HTAS, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica e hipotiroidismo).

**Conclusiones:** En esta población estudiada se identificó que la causa más común en la diarrea aguda fue *E. coli* enteropatógena (EPEC) y en segundo lugar el rotavirus A. En un 36% puede existir infección bacteriana y viral por *E. coli* más norovirusGI/GII. Esto ayudará a dirigir el tratamiento en pacientes con diarrea aguda.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

## Lun204

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE ENDOSCOPIA E HISTOLOGÍA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IMSS PUEBLA

D. Lugo-García, L. Sánchez-Reza, S. Herrera-Gómez, G. López-Urbina, J. A. Ortega-Tecuatl, I. D. Espinoza-Villalobos, A. Galindo-Félix, J. J. Durán-Castro, Unidad Médica de Alta Especialidad Manuel Ávila Camacho

**Introducción:** La diarrea crónica (DC) se define como una disminución de la consistencia de las heces o aumento del número de deposiciones durante un periodo mayor de cuatro semanas. Posee una prevalencia de 3% a 5% en la población adulta y no parece que exista predominio de sexo; estudiar las características epidemiológicas en un centro de referencia podría ayudar a distinguir esa prevalencia como muestra representativa.

**Objetivo:** Definir las características epidemiológicas de endoscopia e histología en el abordaje del paciente con diarrea crónica para establecer un diagnóstico nosológico en el Hospital de Especialidades IMSS Puebla.

**Material y métodos:** Se analizó a pacientes que contaran con colonoscopia con toma de biopsias en la UMAE Puebla. Se seleccionó a aquellos que tenían diarrea crónica con diagnóstico histológico; se clasificaron los hallazgos endoscópicos e histológicos para relacionarlos con el diagnóstico de diarrea crónica en este medio en el periodo 2022-2023. Se excluyó a aquellos con diagnóstico previamente establecido de infección por VIH-sida, antecedentes de cirugía de colon y EII conocida. El análisis estadístico se efectuó con el programa IBM SPSS 24.

**Resultados:** Se analizó a un total de 163 pacientes con estudio de colonoscopia, de los cuales 101 (62%) eran mujeres y 62 (38%) hombres, con una edad promedio de  $57,42 \pm 15,23$  años (22-88 años). Hasta 117 individuos carecían de diarrea crónica (71,8%) y 46 (28,2%) la padecían; se excluyó a 13 pacientes, por lo que se analizó a un total de 33 (20,24%) pacientes, con edad promedio de  $55,24 \pm 16,06$  años (23-79 años) con 20 mujeres (60,6%) y 13 hombres (39,4%); el hallazgo endoscópico más frecuente fue la endoscopia normal (42,4%), seguido de erosiones o ulceración (30%) e inflamación (24,2%) (Tabla 1). En cuanto a la histología, los hallazgos más frecuentes fueron EII (42,4%) e inflamación (36,4%); causas más raras fueron colitis linfocítica (9,1%), infección (6,1%) y colitis colagenosa (3%), lo que concuerda con los diagnósticos clínicos finales: CUCI (36,3%), SII-D (15,1%), medicamentos (12,1%), colitis microscópica (12,1%), infección (9,1%) e insuficiencia pancreática (6,1%).

**Conclusiones:** En este estudio se demuestra que las características epidemiológicas encontradas con frecuencia en la DC coinciden con lo informado en los planos mundial y nacional, sin predominio de sexo. El patrón endoscópico más identificado fue la endoscopia normal, pero es importante la colonoscopia en la diarrea crónica debido que en el análisis histológico 27% de los pacientes tenía inflamación y 6% colitis linfocítica y enfermedad inflamatoria intestinal. En segundo lugar, los hallazgos endoscópicos fueron la erosión y la ulceración, que coinciden con el histológico en la EII, que fue la causa de diarrea crónica más común en este estudio. Por último, se identificó una frecuencia de diagnóstico similar a la de los estudios internacionales de colitis microscópica, con predominio de la linfocítica sobre la colagenosa. La colonoscopia con toma de biopsias es una herramienta importante para el abordaje de pacientes con DC, sin dejar de lado una buena historia clínica, las comorbilidades y la presentación clínica de la enfermedad.

**Financiamiento:** Autofinanciamiento.

**Tabla 1.** Hallazgos endoscópicos e histológicos. (Lun204)

	Tabla cruzada de endoscopia e histología							Total
	Enfermedad inflamatoria			Histología				
	Inflamación	intestinal	Infección	Colitis colagenosa	Sin hallazgos	Colitis linfocítica		
Endoscopia	Inflamación	3 (9,10%)	3 (9,10%)	1 (3%)	0	0	1 (3%)	8 (24,2%)
	Erosiones y ulceración	0	8 (24,2%)	1 (3%)	1 (3%)	0	0	10 (30,30%)
	Tumor	0	1 (3%)	0	0	0	0	1 (3%)
	Normal	9 (27,2%)	2 (6,10%)	0	0	1 (3,00%)	2 (6,1%)	14 (42,40%)
<b>Total</b>	<b>12 (36,3%)</b>	<b>14 (42,40%)</b>	<b>2 (6,10%)</b>	<b>1 (3%)</b>	<b>1 (3%)</b>	<b>3 (9%)</b>	<b>33 (100%)</b>	

## Lun205

## COLITIS NUCLEOMIGRANS: ¿UN NUEVO TIPO DE COLITIS MICROSCÓPICA? SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA

S. A. Rivas-Salas, J. G. López-Gómez, M. Salamanca-García, T. Cortés-Espinoza, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La colitis microscópica (CM) engloba a la colitis colagena y a la linfocítica y es una causa relativamente común de diarrea crónica cuya incidencia se halla en aumento. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada con una sólida relación con enfermedades autoinmunitarias. El estudio endoscópico se caracteriza por apariencia macroscópica normal y, a nivel histopatológico, cuenta con características que determinan su diagnóstico. Tachibana *et al.* propusieron en 2020 un tercer tipo de CM ("nucleomigrans") caracterizada por la migración de núcleos de las células columnares a la parte media, junto con restos nucleares apoptóticos.

**Objetivo:** Presentar la siguiente serie de casos de colitis nucleomigrans informados en el hospital Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

**Informe de casos:**

**Caso 1:** Paciente femenino de 66 años con antecedente de tabaquismo y artritis reumatoide en tratamiento con MTX y AINE. Inicia con diarrea crónica de seis meses, sin moco ni sangre. Los estudios coprológico y coproparasitológico revelan crecimiento de *Endolimax nana* para lo cual se indica tratamiento. La colonoscopia es macroscópicamente normal y las biopsias muestran migración nuclear más desechos nucleares consistentes con colitis nucleomigrans.

**Caso 2:** Paciente femenino de 65 años con hipotiroidismo primario en tratamiento con levotiroxina. Refiere diarrea crónica de cinco meses, sin moco ni sangre. Los estudios coprológico y coproparasitológico son normales. La colonoscopia muestra divertículos pancolónicos y el estudio histopatológico evidencia migración nuclear indicativa de colitis nucleomigrans.

**Caso 3:** Paciente masculino de 48 años con enfermedad renal crónica por nefropatía IgA que requirió trasplante renal y en tratamiento con tacrolimus, ácido micofenólico y prednisona. Padece diarrea crónica acuosa de seis meses, sin moco ni sangre. Estudios coprológico y coproparasitológico normales. Los valores séricos de inmunosupresores se hallan en límites normales. La colonoscopia revela migración nuclear más desechos nucleares indicativos de colitis nucleomigrans.

**Discusión:** La CM es una entidad clínica caracterizada por la inflamación crónica del colon. Aunque se desconoce aún su patogenia, los estudios indican que se vincula con una respuesta inmunitaria alterada frente a cambios en el microambiente intestinal provocados por fármacos (AINE, IBP), enfermedades autoinmunitarias, tabaquismo y alcoholismo. Corresponde a 10% a 20% de todos los casos de diarrea crónica. Se presenta más en mujeres adultas entre la sexta y octava décadas de la vida. Todavía no existen estudios acerca de las características epidemiológicas de colitis nucleomigrans; sin embargo, de acuerdo con esta serie de casos, parece evolucionar de manera similar, con predominio en la población femenina de la sexta a la séptima décadas de la vida. Se observa también la relación con enfermedades autoinmunitarias e ingestión crónica de omeprazol. Se han descrito dos presentaciones clínicas para colitis nucleomigrans: similar a la CM caracterizada por diarrea crónica acuosa sin sangre y semejantes a la EI con diarrea, hematoquecia y moco. El diagnóstico se basa en el estudio histopatológico. La apariencia macroscópica del colon suele ser normal y en algunos casos hay alteraciones inespecíficas. Para la colitis nucleomigrans se describen tres criterios histopatológicos: migración nuclear en cadena hacia la parte media del epitelio, desechos nucleares e inflamación crónica inespecífica en la lámina propia.

**Conclusiones:** A pesar de que se reconoce cada vez más la CM, es necesario la identificación de estos casos en los que la incidencia es baja, como en este país. El reconocimiento de la colitis nucleomigrans abre paso al tratamiento de pacientes con diarrea crónica que no responden a las medidas convencionales. Se da a conocer la serie de tres casos de pacientes con diarrea crónica que satisfacen los criterios para la colitis nucleomigrans propuesta en fecha reciente.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún tipo de financiamiento.

## Lun206

## REMISIÓN PROFUNDA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA VERSUS TERAPIA CONVENCIONAL

I. E. Bravo-Espinoza, J. K. Yamamoto-Furusho, I. P. Padilla-Betancourt, J. A. Ávila-Rojo, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, J. D. Prieto-Nava, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una inflamación colónica crónica de origen multifactorial. El curso clínico del padecimiento es impredecible y se caracteriza por episodios de remisión clínica y recaídas, lo que representa gran morbilidad y afectación de la calidad de vida de los pacientes. Para su control se administran fármacos convencionales y biológicos. En la actualidad, su atención se ha centrado en objetivos terapéuticos a corto, mediano y largo plazos, como la remisión clínica, bioquímica y endoscópica, respectivamente.

**Objetivo:** Evaluar las tasas de remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histológica en pacientes con CUCI tratados con fármacos biológicos en comparación con el tratamiento convencional.

**Material y métodos:** Tipo y diseño del estudio: cohorte retrospectiva, observacional y analítico. Procedimiento: se revisaron los expedientes de pacientes con CUCI atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del INCMNSZ en los últimos seis años (enero de 2019 a junio de 2024). Se evaluaron las características basales de los pacientes y se compararon las tasas de remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histológica de los pacientes tratados con las modalidades convencional o biológica. Para el análisis estadístico, las variables categóricas se expresaron como frecuencia y porcentajes y la comparación entre grupos se efectuó con comparación entre los grupos con la prueba ji cuadrada. Se utilizó el programa SPSS versión 26.0 y se consideró un valor de  $p \leq 0,05$  como significativo.

**Resultados:** Se incluyó a 198 pacientes, de los cuales el 46% correspondió a mujeres con edad de  $41 \pm 15$  años; la edad al diagnóstico fue de  $31 \pm 13$  años y el promedio de años con la enfermedad de  $7 \pm 9$  años. En cuanto a la extensión de la enfermedad según la escala de Montreal, el 70,7% se clasificó como E3, el 20,2% como E2 y el 9,1% como E1. El valor promedio de PCR antes del uso de los tratamientos fue de 175 (1-260) en terapia convencional y 74 (1-2164) en la biológica, y para la calprotectina de 361 (14-6464) y 175 (59-1967), respectivamente (Tabla 1). Al evaluar el tratamiento, el 95,5% se trató

Tabla 1. Actividad de la enfermedad. (Lun206)

Actividad de la enfermedad		UCEIS, n (%)	
<b>Sangrado rectal, n (%)</b>		<b>Remisión</b>	<b>66 (33,3)</b>
Positivo	43 (21,7)	Leve	80 (40,4)
<b>Número de evacuaciones</b>		Moderada	32 (16,2)
< 4	142 (71,6)	Grave`	20 (10,1)
4-5	35 (17,7)	Total	198 (100)
≥ 6	21 (10,7)		
<b>Truelove-Witts, n (%)</b>		<b>Actividad histológica, n (%)</b>	
Inactiva	111 (56,1)	Sin actividad	29 (14,6)
Leve	37 (18,7)	Leve	62 (31,3)
Moderada	38 (19,2)	Moderada	53 (26,8)
Grave`	12 (6,1)	Intensa	54 (27,3)
Total	198(100)	Total	198(100)
<b>Mayo endoscópica, n (%)</b>		<b>Escala de Mayo, n (%)</b>	
Mayo 0	35 (17,7)	Remisión	94 (47,5)
Mayo 1	56 (28,3)	Leve	69 (34,9)
Mayo 2	53 (26,8)	Moderada	33 (16,7)
Mayo 3	54 (27,3)	Grave`	2 (0,9)
Total	198(100)	Total	198 (100)
<b>Índice integral, n (%)</b>			
Remisión			59 (29,8)
Leve			60 (30,3)
Moderada			64 (32,2)
Grave`			15 (7,6)
Total			198 (100)

con mesalazina, el 36,4% con esteroides, el 3% con ciclosporina, el 2% con metotrexato y el 44,9% con azatioprina. El 1% de los pacientes estudiados recibió infliximab, el 4% adalimumab, el 2% golimumab, el 2% ustekinumab, el 2,5% vedolizumab y el 1,5% tofacitinib. Al comparar las tasas de remisión clínica y bioquímica de la modalidad convencional respecto de la biológica no se identificaron diferencias significativas entre los grupos; sin embargo, la respuesta endoscópica ( $p = 0,04$ ) e histológica ( $p = 0,033$ ) se alcanza con mayor frecuencia en pacientes bajo tratamiento biológico.

**Conclusiones:** La tasa de remisión histoendoscópica se logra con mayor frecuencia en los pacientes con CUCI en la modalidad biológica.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun207

### CORRELACIÓN ENTRE LA CALPROTECTINA FECAL Y UN NUEVO ÍNDICE INTEGRAL PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

I. E. Bravo-Espinoza, J. K. Yamamoto-Furusho, J. A. Ávila-Rojo, I. P. Padilla-Betancourt, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, J. D. Prieto-Nava, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad crónica e incurable caracterizada por periodos de actividad y remisión. Existen varios índices que evalúan la actividad de la CU a partir de parámetros clínicos, bioquímicos y endoscópicos. La calprotectina fecal es un marcador no invasivo para detectar inflamación intestinal en pacientes con CU. Un nuevo índice integral de enfermedad (índice de Yamamoto-Furusho) incluye hallazgos clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos que evalúan el espectro completo de actividad en pacientes con CU.

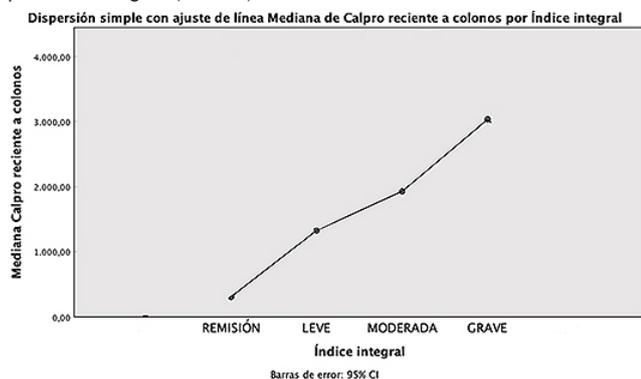
**Objetivo:** Correlacionar el nuevo índice integral de enfermedad (índice de Yamamoto-Furusho) con los valores de calprotectina fecal en pacientes con CU y compararlo con otros índices.

**Materiales y métodos:** Se incluyó a un total de 184 pacientes con diagnóstico confirmado de CU en la clínica de EI en el periodo comprendido entre enero de 2019 y junio de 2024. Todas las características demográficas y clínicas se recogieron de las historias clínicas. La calprotectina fecal se midió al menos tres meses antes o después de la colonoscopia. Para la correlación se utilizó la rho de Spearman. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizó a 184 pacientes con CU, 99 (53,8%) de ellos hombres, con una edad promedio actual de  $41 \pm 15$  años, una edad promedio al diagnóstico de 31 años y duración de la enfermedad de  $7 \pm 9$  años. La extensión se distribuyó en proctitis (E1) en 8,6%, colitis izquierda (E2) en 19% y pancolitis (E3) en 72,2%. El tratamiento se basó en mesalazina en 95,1%, esteroides en 35,3% y azatioprina en 44,5%. La correlación mayor se halló entre la calprotectina fecal y el índice de Yamamoto-Furusho ( $r = 0,356$ ,  $p \leq 0,0001$ ) (Figura 1) comparado con otros índices como la subpuntuación de Mayo endoscópica ( $r = 0,326$ ,  $p \leq 0,001$ ); Truelove-Witts ( $r = 0,251$ ,  $p \leq 0,001$ ) y puntuación completa de Mayo ( $r = 0,326$ ,  $p \leq 0,001$ ) y UCEIS ( $r = 0,373$ ,  $p \leq 0,001$ ).

**Conclusiones:** La correlación más alta con calprotectina para evaluación de actividad se muestra con el índice endoscópico UCEIS. El nuevo índice integral

Figura 1. Dispersión simple con ajuste de línea mediana de la calprotectina por índice integral. (Lun207)



mostró la correlación más alta con la calprotectina fecal en comparación con otros índices de evaluación clínica para CUCI.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento de ningún tipo.

## Lun208

### CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE LA COLITIS EOSINOFÍLICA EN POBLACIÓN VERACRUZANA

T. Castellanos-Hernández, P. Grube-Pagola, H. R. Ordaz-Álvarez, B. A. Priego-Parra, S. A. Reyes-Díaz, K. D. González-Gómez, F. A. Félix-Téllez, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** A lo largo de los años ha sido evidente un aumento de los casos de eosinofilia colónica, fenómeno que puede atribuirse al subdiagnóstico previo de esta anomalía o a un incremento real de la incidencia debido a procesos patológicos *in situ*. Este incremento se ha observado con mayor claridad gracias a mejoras en las técnicas diagnósticas y a una mayor conciencia médica sobre la importancia de la eosinofilia como marcador de enfermedades intestinales y alteraciones inflamatorias.

**Objetivo:** Describir las características histopatológicas de los sujetos con diagnóstico de colitis eosinofílica en una población de Veracruz.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico en el cual se agrupó a pacientes sometidos a colonoscopia diagnóstica en el servicio de endoscopia del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2023. Se incluyó a sujetos con edad  $> 18$  años y  $< 80$  años, de nacionalidad mexicana, que residieran en el país y sin datos de alarma. Se eliminó a los pacientes con antecedentes de cáncer, inmunocompromiso, embarazo y descontrol de comorbilidades y también a los individuos con expediente incompleto y datos duplicados. En este análisis estadístico se empleó estadística descriptiva y las variables numéricas se expresaron con medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las variables categóricas con frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS versión 25. Este protocolo se apejó a las normas de la declaración de Helsinki y la Ley General de Salud en materia de Investigación de México, Capítulo 1, artículo 17, en el cual se establecen los riesgos y normas para la investigación en individuos, y la ley federal para la protección de datos personales.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 171 pacientes que acudieron a colonoscopia diagnóstica y la prevalencia de colitis eosinofílica fue de 0,2% ( $n = 4$ ), con edad de 53 años (18-79) y 75% de mujeres. El sitio de biopsia más común fue el colon ascendente (75%) y la mediana de tamaño de las biopsias fue de  $0,4 \times 0,2 \times 0,2$  cm. En la evaluación de las características histopatológicas, en el 25% de los sujetos con colitis eosinofílica se identificaron edema y atrofia; el promedio de eosinófilos por campo fue de 51 a 60 en el 50% y el grado de eosinofilia de los individuos fue grave en el 100%; el infiltrado inflamatorio estuvo conformado por linfocitos, polimorfonucleares y eosinófilos en el 100% de los individuos.

**Conclusiones:** Este estudio destaca la importancia de una evaluación histopatológica detallada para distinguir la colitis eosinofílica de otras alteraciones intestinales, y subraya la necesidad de realizar mayor investigación y conciencia clínica sobre esta entidad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento alguno.

## Lun209

### UTILIDAD DEL ÍNDICE ALBI COMO INDICADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO

R. R. Sánchez-Rosado, M. Phillipe-Ponce, E. Contreras-Avilés, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-del Prado, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer de recto plantea un reto significativo en términos de pronóstico y control clínico. Es crucial contar con una evaluación precisa del pronóstico y la mortalidad para tomar decisiones terapéuticas adecuadas y planificar el tratamiento. El puntaje ALBI (*Albumin-bilirubin score*) ha demostrado ser un predictor confiable de los resultados posoperatorios y la supervivencia en afecciones hepáticas malignas. Sin embargo, su aplicación

para evaluar el pronóstico y la mortalidad en el cáncer de recto aún no se ha investigado de forma amplia.

**Objetivo:** Determinar la utilidad del índice ALBI como marcador pronóstico en pacientes con cáncer de recto.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal, relacional y analítico que incluyó a 57 pacientes consecutivos atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2024. Los criterios de inclusión exigían un diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer de recto, así como mediciones de albúmina y bilirrubina total al momento del diagnóstico. Se recopilaron datos sobre características clínicas, demográficas, histológicas y de estadificación, que abarcaban edad, sexo, localización del tumor, estirpe histológica, estadificación TNM, recurrencias, entre otros. Con base en las cifras de bilirrubina total y albúmina se calculó el índice ALBI. Con posterioridad se efectuó un análisis de la curva ROC para determinar un punto de corte óptimo para el índice ALBI, con el objetivo de establecer su utilidad en la precisión diagnóstica. Asimismo, se calcularon las razones de momios mediante tablas de 2 x 2. Para evaluar las relaciones entre variables se emplearon pruebas no paramétricas con la prueba U de Mann-Whitney para comparaciones entre dos grupos y la prueba de Kruskal-Wallis para comparaciones entre más de dos grupos. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como significativo.

**Resultados:** Las características clínicas y demográficas de los pacientes con cáncer de recto incluidos en el estudio se detallan en la **Tabla 1**. Se observó una diferencia estadísticamente marginal entre el índice de ALBI y el tamaño y la extensión del tumor (T) entre los grupos T1-T2 respecto de T3-T4 ( $p = 0,05$ ), junto con una correlación positiva entre el índice de ALBI y la extensión del tumor ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,03$ ). Al realizar un análisis ROC para establecer un punto de corte para el índice de ALBI se determinó que un índice de ALBI  $< -2,10$  diferencia la extensión del tumor (T) entre los grupos T1-T2 en comparación con T3-T4, con una sensibilidad del 49%, especificidad del 83%, valor predictivo positivo del 91% y valor predictivo negativo del 33%. Un índice de ALBI  $< -2,10$  se mostró como protector para el desarrollo de una mayor extensión del tumor (T) (OR: 0,6 [IC95%: 0,41-0,89];  $p = 0,04$ ). No se hallaron diferencias estadísticas entre el índice de ALBI y el número de ganglios positivos (N), metástasis a distancia (M), el estadio clínico y las recurrencias.

**Conclusiones:** El índice ALBI puede ser una herramienta útil para evaluar la extensión del tumor en pacientes con cáncer de recto, lo que podría tener implicaciones importantes en la planificación del tratamiento. Sin embargo, se requieren más investigaciones para validar estos resultados y determinar el alcance completo del valor pronóstico del índice ALBI en esta población.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun210

### TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA POBLACIÓN CON TRASPLANTE HEPÁTICO. UN ESTUDIO DE COHORTE

J. Aguirre-García, I. García-Juárez, Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el tercer lugar en incidencia anual, el tercero en prevalencia y el primero en mortalidad de cáncer en México. A diferencia de la población general, la población trasplantada de hígado tiene mayor riesgo de desarrollar CCR, en especial los pacientes con antecedente de colangitis esclerosante primaria y enfermedad inflamatoria intestinal. El tamizaje de CCR en los pacientes trasplantados de hígado se fundamenta sobre todo en las recomendaciones internacionales para tamizaje en la población general.

**Objetivo:** Describir los hallazgos del tamizaje de la población trasplantada de hígado  $> 50$  años, con atención a la frecuencia de lesiones premalignas y malignas en los estudios de colonoscopia realizados al menos un año después del trasplante, y describir las características de los pacientes con colonoscopia normal y anormal, consideradas las comorbilidades, la causa de la hepatopatía, la causa para el trasplante y la inmunosupresión, para comparar así las características de los pacientes trasplantados con colonoscopia normal o anormal.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal y de cohorte. Se incluyó solo a los pacientes trasplantados de hígado que contaran con edad  $> 50$  años y con un estudio de colonoscopia realizada al menos un año después del trasplante entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas de los pacientes con cáncer de recto. (Lun209)

Variable	Pacientes, n = 57
Género, n%	
Masculino	31 (54,4)
Edad (media $\pm$ DE)	55,75 $\pm$ 12,28
Localización del tumor, n (%)	
Superior	13 (22,8)
Medio	25 (43,9)
Inferior	19 (33,3)
Estirpe histológica, n (%)	
Adenocarcinoma bien diferenciado	2 (3,5)
Adenocarcinoma bien diferenciado invasor	1 (1,8)
Adenocarcinoma con células en anillo de sello	2 (3,5)
Adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado	2 (3,5)
Adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado invasor	1 (1,8)
Adenocarcinoma infiltrante y ulcerado subtipo histológico no especificado	1 (1,8)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	15 (26,3)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado con componente mucinoso	2 (3,5)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto	2 (3,5)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal	6 (10,5)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor	7 (12,3)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado e invasor	5 (8,8)
Adenocarcinoma poco diferenciado	2 (3,5)
Adenoma tubular con displasia de alto grado	1 (1,8)
Adenoma tubular con displasia de bajo grado	1 (1,8)
Adenoma tubulovellosos con displasia de bajo grado	4 (7,0)
Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado	1 (1,8)
Carcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello	2 (3,5)
Recurrencia, n (%)	
Recurrente	2 (3,5)
No recurrente	55 (96,5)
Tamaño y extensión del tumor (T), n (%)	
T1	4 (7,0)
T2	8 (14,0)
T3	23 (40,4)
T4a	6 (10,5)
T4b	16 (28,1)
Nódulos (N), n (%)	
N0	13 (22,8)
N1a	8 (14,0)
N1b	7 (12,3)
N1c	2 (3,5)
N2a	7 (12,3)
N2b	20 (35,1)

Metástasis (M), n (%)	
M0	39 (68,4)
M1a	9 (15,8)
M1b	9 (15,8)
Estadio clínico, n (%)	
I	4 (7,14)
Ila	6 (7,14)
Ilb	3 (7,14)
IIla	1 (1,8)
IIlb	11 (19,3)
IIlc	14 (24,6)
IVa	9 (15,8)
IVb	9 (15,8)
Puntuación de ALBI* ⇔	-2,28 (-150 a -2,80)
Albúmina (g/L) ⇔	3,42 (2,66-4,02)
Bilirrubina total (mol/L) ⇔	0,46 (0,37-0,69)

\*ALBI, índice albúmina-bilirrubina. ⇔ Los resultados se expresan en medianas y rangos intercuartílicos.

de 2022. Se recabó la información de los expedientes físico y electrónico y se consideró información relevante la edad, el sexo, comorbilidades (sobrepeso u obesidad, colitis ulcerativa crónica idiopática, DM2, hipertensión, dislipidemia, hiperuricemia, síndrome metabólico, consumo de alcohol o tabaco) y parámetros propios del trasplante hepático (motivo del trasplante, causa de la hepatopatía crónica que llevó al trasplante, tiempo desde el trasplante a la colonoscopia analizada e inmunosupresión al momento de la colonoscopia). Se consideraron como colonoscopias anormales aquellas que contaran con lesiones premalignas (adenomas, lesiones serradas) o malignas.

**Resultados:** En total, 109 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y se analizaron. La media de edad al efectuar la colonoscopia fue de 61,3 años (SD 7,1). La mayoría tomaba un inmunosupresor al realizar la colonoscopia (53,2%). La mediana de tiempo entre trasplante y colonoscopia fue de 6,31 años. La mayoría de los pacientes cumplió criterios de normalidad por colonoscopia (79,8%). En total, 18,3% de los pacientes tuvo una colonoscopia con lesiones premalignas y solo 1,8% malignas. No se registraron diferencias para edad, sexo, comorbilidades (sobrepeso u obesidad, CUCI, DM2, HAS, dislipidemia, hiperuricemia, sobrepeso u obesidad, consumo de tabaco o alcohol), tiempo desde el trasplante a la colonoscopia, causa de la hepatopatía o la que exigió el trasplante y número de inmunosupresores al momento de la colonoscopia entre los pacientes con colonoscopia normal y anormal (Tabla 1).

**Conclusiones:** La tasa de lesiones fue similar en esta cohorte respecto de la descrita en las publicaciones médicas para la población general. No se demostró que alguno de los factores analizados tuviera diferencias entre los pacientes con colonoscopia normal o anormal. La población trasplantada de hígado puede continuar el tamizaje de CCR conforme a las recomendaciones para la población general. Algunas poblaciones de alto riesgo para CCR descritas en la bibliografía estuvieron subrepresentadas en esta cohorte, además de que el número de la muestra es pequeño, por lo que se necesitan más estudios para emitir una recomendación sólida.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento para este protocolo.

## Lun211

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DEL CÁNCER ANAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

S. G. Almeida-Del Prado, A. A. Acosta-Vega, M. Aceves-Valdez, M. Philippe-Ponce, E. Contreras-Avilés, A. Guinea-Lagunes, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer anal es una neoplasia infrecuente y representa alrededor de 2,5% de todas las neoplasias gastrointestinales en el mundo. Sin embargo, su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, especialmente en países desarrollados. En México, el Instituto Nacional de Cancerología registra

un incremento de los casos de cáncer anal, con una incidencia anual aproximada de 0,8 casos por cada 100 000 habitantes. Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 2022 se registraron 847 716 defunciones en México, de las cuales el 10,6% (89 574) se debió a tumores malignos. El cáncer de colon, recto y ano mostró una tasa de 39,54 defunciones por cada 100 000 habitantes en hombres de 60 años o más, mientras que en mujeres fue del 30,69% por cada 100 000. Entre los factores de riesgo más importantes para el cáncer anal figuran la infección por el virus del papiloma humano (VPH), la inmunosupresión y las prácticas sexuales de alto riesgo.

**Objetivo:** Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer anal atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en la última década.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, relacional y analítico en el que se incluyó a 75 pacientes con diagnóstico de cáncer anal confirmado por histopatología, atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, en el periodo comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2023. Los datos se recopilaron de los expedientes clínicos de los pacientes e incluyeron variables como sexo, edad, localización del tumor, estirpe histopatológica, grado de diferenciación y estadio clínico del cáncer. La recopilación de datos se realizó de manera sistemática con aseguramiento de la confidencialidad de la información de los pacientes. El análisis estadístico descriptivo se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 29.

**Resultados:** En los pacientes incluidos en el estudio se observó una mayor frecuencia de sujetos masculinos, con 57,3% (n = 43). La edad media de los participantes fue de 51,51 años (DE ± 14,58), con un intervalo de edad de 24 a 86 años. En cuanto a la estirpe histopatológica se encontró que el tipo más común fue el carcinoma epidermoide queratinizante, presente en el 41,3% (n = 31) de los casos, seguido por el carcinoma epidermoide no queratinizante con 37,3% (n = 28). La diferenciación celular mostró que el 56% (n = 42) correspondió a los tumores moderadamente diferenciados, seguidos por un 22,7% (n = 17) de los bien diferenciados. Los tumores poco diferenciados representaron el 20% (n = 15) y los indiferenciados solo el 1,3% (n = 1). En términos de estadio clínico al momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes se hallaba en estadios avanzados: el 41,3% (n = 31) en estadio III y el 45,3% (n = 34) en el IV. Los estadios tempranos (0, I y II) fueron menos comunes, con una prevalencia del 2,7% (n = 2) para el estadio 0, 2,7% (n = 2) para I y 8% (n = 6) para el II. Las características demográficas y clínicas de los pacientes con cáncer anal incluidos en el estudio se muestran en la Tabla 1.

**Conclusiones:** Este estudio resalta la importancia de mejorar las estrategias de detección temprana y control clínico del cáncer anal en el Hospital General

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas de los pacientes con cáncer anal incluidos en el estudio. (Lun211)

Variable	Pacientes (n = 75)
Sexo, n (%)	
Femenino	32 (42,7)
Masculino	43 (57,3)
Edad (X ± DE) (Mínima-máxima)	51,51 ± 14,58 (24-86)
Estirpe histopatológica, n (%)	
Adenocarcinoma	6 (8)
Carcinoma epidermoide no queratinizante	28 (37,3)
Carcinoma epidermoide queratinizante	31 (41,3)
Carcinoma epidermoide tipo basaloide	5 (6,7)
Carcinoma epidermoide <i>in situ</i>	2 (2,7)
Melanoma	2 (2,7)
Carcinoma neuroendocrino	1 (1,3)
Diferenciación celular, n (%)	
Bien diferenciado	17 (22,7)
Moderadamente diferenciado	42 (56)
Poco diferenciado	15 (20)
Indiferenciado	1 (1,3)
Estadio clínico, n (%)	
0	2 (2,7)
I	2 (2,7)
II	6 (8)
III	31 (41,3)
IV	34 (45,3)

X ± DE, media ± desviación estándar.

de México Dr. Eduardo Liceaga, dada la elevada prevalencia de diagnósticos en estadios avanzados. La identificación y el control de los factores de riesgo como la infección por el VPH son cruciales para reducir la incidencia y mejorar el pronóstico de esta enfermedad. Estos hallazgos son fundamentales para futuras investigaciones y el desarrollo de políticas de salud pública en México.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun212

### EVALUACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER COLORRECTAL: ANÁLISIS DE 35 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

S. G. Almeida-del Prado, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, A. A. Acosta-Vega, E. Contreras-Avilés, A. Guinea-Lagunes, M. Philippe-Ponce, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Según GLOBOCAN 2020 es el tercer cáncer más frecuente en hombres y el segundo en mujeres. En México, el CCR es el tercer cáncer más frecuente tanto en hombres como en mujeres, y su incidencia ha aumentado en las últimas décadas debido a factores como malos hábitos alimenticios, sedentarismo, consumo de tabaco, y factores genéticos y ambientales.

**Objetivo:** Analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados con CCR en un hospital de tercer nivel en México durante los últimos 35 años.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, relacional y analítico que incluyó a 2 263 pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal entre 1988 y 2023 en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se analizaron las características demográficas (edad, género), clínicas (localización del tumor, estadio de la enfermedad) e histopatológicas (grado de diferenciación tumoral, fenotipo intestinal). Los pacientes se estadiaron clínicamente de acuerdo con la clasificación TNM del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC). El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 29.

**Resultados:** De los pacientes con CCR, el 52,4% correspondió a hombres, con una edad promedio de 56 años. La localización del tumor se observó de modo predominante en el recto (51,1%), seguido del colon derecho (27,7%) y el colon izquierdo (21,2%). El adenocarcinoma fue el fenotipo más común (92,1%). El 54,8% de los tumores correspondió a los moderadamente diferenciados. El 39,5% de los pacientes se encontraba en estadio IV al momento del diagnóstico. Las características demográficas y clínicas de los pacientes con CCR incluidos en el estudio se describen en la **Tabla 1**. Entre los periodos 1988-2005 y 2006-2023 se identificaron diferencias significativas en la localización del tumor, con una disminución en el colon derecho y un aumento en el izquierdo ( $p = 0,03$ ). Además, se observó una mejoría en la diferenciación de los tumores, con un aumento de los bien diferenciados ( $p < 0,0001$ ). En la última década aumentó el número de los pacientes con CCR menores de 35 años y en estadios avanzados ( $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** Este estudio proporciona una visión integral del CCR en un hospital de tercer nivel en México durante los últimos 35 años; destaca la necesidad de estrategias de detección temprana y una mayor concientización sobre el CCR para mejorar los resultados de salud en la población.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas generales de los pacientes con cáncer colorrectal incluidos en el estudio. (Lun212)

Variable	Pacientes (n = 2 263)
Género, n (%)	
Femenino	1 078 (47,6)
Masculino	1 185 (52,4)
Edad (X ± DE)	56 ± 14,29
(mínima-máxima)	(16-93)
Edad, n (%)	
< 45 años	539 (23,81)

> 45 años	1 724 (76,19)
Localización, n (%)	
Colon derecho	628 (27,7)
Colon izquierdo	479 (21,2)
Recto	1 156 (51,1)
Fenotipo intestinal, n (%)	
Adenocarcinoma	2 084 (92,1)
Adenocarcinoma mucinoso	117 (5,2)
Carcinoma	9 (0,35)
Carcinoma basaloide	2 (0,1)
Carcinoma epidermoide	23 (1,0)
Carcinoma fusiforme	2 (0,1)
Carcinoma mucinoso	10 (0,4)
Carcinoma neuroendocrino	15 (0,7)
GIST	1 (0,05)
Diferenciación celular, n (%)	
Bien diferenciado	707 (31,2)
Moderadamente diferenciado	1 241 (54,8)
Poco diferenciado	294 (13,0)
Indiferenciado	21 (1,0)
Estadio clínico, n (%)	
0	5 (0,2)
I	129 (5,7)
II	380 (16,8)
III	856 (37,8)
IV	893 (39,5)

CCR, cáncer colorrectal; C ± DE, media ± desviación estándar; GIST, tumor del estroma gastrointestinal.

## Lun213

### EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN ADULTOS MENORES DE 50 AÑOS EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

B. I. Campos-Martínez, J. I. Vinageras-Barroso, Hospital Español

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es un importante tema de salud pública en el mundo. Se calcula que el número total de muertes por cáncer de recto y colon aumentará un 60% y un 71,5%, respectivamente, en el año 2035. En México representa el 2,68% de todos los tumores diagnosticados. Se consideraba una enfermedad de adultos mayores, pero en los últimos años se ha incrementado su incidencia entre adultos menores de 50 años a escala global.

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas de los pacientes menores de 50 años con diagnóstico de CCR en el Hospital Español de México de enero de 2009 a mayo de 2024.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron las bases de datos de las colonoscopias realizadas en el periodo comprendido entre enero de 2009 y mayo de 2024 en el Hospital Español de México; se seleccionó a pacientes menores de 50 años que tuvieran hallazgo de neoplasia por endoscopia con diagnóstico confirmado por histopatología de CCR. El análisis de resultados se efectuó con estadística descriptiva básica.

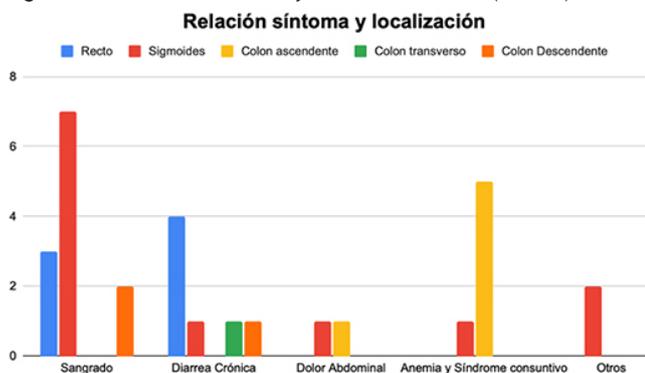
**Resultados:** Se realizaron 6 484 colonoscopias entre enero de 2009 y mayo de 2024 en el Hospital Español de México, 1 715 en pacientes menores de 50 años, de los cuales 29 cumplieron los criterios de inclusión. Del total de pacientes incluidos, 58,6% (n = 17) correspondió a mujeres y 41,4% (n = 12) a hombres, con edad promedio para el diagnóstico de 41 años (18-50). Los motivos descritos para la realización de las colonoscopias fueron sangrado del

tubo digestivo bajo, diarrea crónica, dolor abdominal y anemia con o sin síndrome consuntivo en un 41,3% (n = 12), 24,1% (n = 7), 6,8% (n = 2), 20,6% (n = 6), respectivamente; el 6,8% (n = 2) restante se registró en pacientes en los que la colonoscopia se solicitó por hallazgo de tumoración en la tomografía. En cuanto a la localización de la lesión tumoral, la más frecuente fue el sigmoides en 41,3% (n = 12), seguido del recto en 24,1% (n = 7), colon ascendente en 13,7% (n = 4), colon descendente en 10,3% (n = 3), ciego en 6,8% (n = 2) y colon transverso en 3,4% (n = 1). Además, se buscó la relación entre el síntoma principal para realizar la colonoscopia y la localización del tumor, tras advertir que los pacientes con sangrado del tubo digestivo tenían el tumor localizado en sigmoides en 58,3% (n = 7), recto en 25% (n = 3) y colon descendente en 16,6% (n = 2). En los pacientes con diarrea crónica, el tumor se localizó en el recto en 57,1% (n = 4), seguido por el sigmoides, el colon transverso y el descendente en 14,2% (n = 1) para cada uno de ellos; en los pacientes con colonoscopia realizada por anemia, con o sin síndrome consuntivo, los tumores se localizaron en el colon derecho en 73,3% (n = 5) y tan solo el 16,6% (n = 1) se identificó en el sigmoides; por último, el dolor abdominal no tuvo propensión por la localización, con tumores reconocidos tanto en el sigmoides en el 50% (n = 1) como en el colon ascendente en el 50% (n = 1) (Figura 1).

**Conclusiones:** El Hospital Español de México es una unidad que ofrece atención principalmente a una población adulta mayor, por lo que esto explica el bajo número de pacientes menores de 50 años con CCR en esta institución; como resultado, es significativamente menor en comparación con otros centros. Sin embargo, se ha demostrado que el CCR no es una enfermedad del adulto mayor y que los síntomas como el sangrado de tubo digestivo bajo y la diarrea crónica, e incluso los síntomas menos frecuentes como anemia con síndrome consuntivo y dolor abdominal en un paciente joven, deben obligar al clínico a estudiar y abordar de manera integral, incluido el CCR, como un diagnóstico diferencial.

**Financiamiento:** Este trabajo no requirió financiamiento.

Figura 1. Relación entre síntomas y localización tumoral. (Lun213)



## Lun214

### EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

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

**Introducción:** La cirugía ambulatoria ha avanzado en grado significativo gracias a los desarrollos tecnológicos y mejoras en técnicas quirúrgicas y anestésicas, lo cual ha permitido tratamientos efectivos y satisfactorios. Estos procedimientos ofrecen rapidez, menor invasividad y tiempos de recuperación reducidos. Además, proporcionan considerables beneficios económicos al reducir la necesidad de hospitalizaciones prolongadas y optimizar el uso de recursos y costos en el sistema de salud. Esto hace que la cirugía ambulatoria sea una opción eficiente y sostenible en la atención médica en México.

**Objetivo:** Evaluar la práctica de cirugía ambulatoria en un servicio de coloproctología de un hospital de tercer nivel en México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en el que se incluyó a 695 pacientes sometidos a cirugía ambulatoria coloproctológica en el servicio

de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga durante el último año. Los pacientes elegibles para cirugía ambulatoria en este centro debían clasificarse como ASA I-II y tener un índice de masa corporal (IMC) < 30. Se registraron datos clínicos y demográficos, como edad, género, diagnósticos y procedimientos practicados. También se documentaron los resultados quirúrgicos y las reintervenciones. El análisis de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 26.

**Resultados:** De los pacientes incluidos en este estudio, la mayoría correspondió a hombres (65,4%) y la edad media fue de 44,51 años. Las afecciones más comunes fueron fístula anal (49,6%), condilomas anales (18,2%) y fisura anal (11,9%). La fistulotomía fue el procedimiento quirúrgico más frecuente (36,8%). El tipo de anestesia administrada en la mayor parte de los casos fue sedación + local (66,2%). Se registraron reintervenciones en el 32,9% de los casos, sobre todo debido a fístulas anales. La **Tabla 1** describe en detalle las características clínicas y demográficas de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria incluidos en este estudio.

**Conclusiones:** La cirugía ambulatoria en coloproctología ha demostrado ser una práctica efectiva y sostenible, con beneficios significativos como menor invasividad y tiempos de recuperación reducidos. Además, tiene la capacidad de optimizar el uso de recursos en el sistema de salud y mejorar la accesibilidad y eficiencia de los servicios médicos.

**Financiamiento:** Sin ningún tipo de financiamiento.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria. (Lun214)

Variable	n = 695
Género, n (%)	
Femenino	241 (34,6)
Masculino	455 (65,4)
Edad (X ± DE)	44,51 ± 14,01
Diagnóstico, n (%)	
Fístula anal	345 (49,6)
Condilomas anales	127 (18,2)
Fisura anal	83 (11,9)
Enfermedad hemorroidal	76 (10,9)
Úlcera anal	20 (2,9)
Enfermedad pilonidal	19 (2,7)
Seno anal	12 (1,7)
Estenosis anal	6 (0,9)
Dolor anal	6 (0,9)
Quiste epidermoide	1 (0,1)
Proctitis	1 (0,1)
Hidradenitis supurativa	1 (0,1)
Prurito anal	1 (0,1)
Enfermedad de Hirschsprung	1 (0,1)
Operaciones realizadas, n (%)	
Fistulotomía: colocación de setón	256 (36,8)
Electrofulguración	113 (16,2)
ELIP*	74 (10,6)
Hemorroidectomía	66 (9,5)
Exploración anal bajo anestesia	46 (6,6)
Resección de quiste	27 (3,9)
Aplicación de toxina botulínica	24 (3,4)
Resección de colgajo	21 (3)
Avance de colgajo	17 (2,4)
Cirugía láser (hemorroides)	14 (2)
Toma de biopsia	11 (1,6)
LIFT**	10 (1,4)
Esfinterotomía	5 (0,7)
Plastia anal	3 (0,4)
Aplicación de plasma rico en plaquetas	2 (0,3)
Aplicación de esteroide intraanal	2 (0,3)
Dilatación anal	2 (0,3)
Procedimiento de Bascom	1 (0,1)
Mapeo anal (biopsias)	1 (0,1)
Tipo de anestesia, n (%)	
Sedación + local	461 (66,2)
General balanceada	119 (17,1)
Regional	116 (16,7)
Reintervenciones, n (%)	229 (32,9%)

Causa de reintervención, n (%)	
Fístula anal	153 (22)
Condilomas anales	37 (5,3)
Otros trastornos anorrectales	
Fisura anal	11 (1,6)
Enfermedad hemorroidal	11 (1,6)
Estenosis anal	4 (0,6)
Úlcera anal	3 (0,4)
Enfermedad pilonidal	2 (0,3)
Absceso anal	2 (0,3)
Seno anal	1 (0,1)
Desbridamiento (Fournier)	1 (0,1)
Toma de biopsia diagnóstica	2 (0,3)
Reintervención por el mismo diagnóstico, n (%)	
Fístula anal (fistulotomía-colocación /recambio setón)	128 (70,71)
Condilomas anales	34 (18,78)
Fisura anal	7 (3,86)
Estenosis anal	4 (2,20)
Enfermedad hemorroidal	3 (1,65)
Úlcera anal	3 (1,65)
Enfermedad pilonidal	1 (0,55)
Seno anal	1 (0,55)

## Lun215

### PREVALENCIA DE PÓLIPOS EN PACIENTES CON COLONOSCOPIA DE SEGUIMIENTO POSTERIOR A RESECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

L. V. Cupil-Escobedo, C. S. Tinitana-Jumbo, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, D. Santana-Vargas, R. A. Sandoval-Delgado, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es la cuarta neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en México. La colonoscopia se realiza de manera habitual para la detección de CCR, seguimiento de pólipos y vigilancia posterior al tratamiento de este. La incidencia actual informada del cáncer sincrónico y el metacrónico es de 1,1% y 3,5%, respectivamente. En pacientes con CCR, la incidencia de pólipos durante la vigilancia endoscópica posterior al tratamiento se informa aproximadamente en 17% a 30%. Se recomienda la vigilancia posoperatoria durante el primer año del tratamiento.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y la distribución de pólipos en pacientes con CCR con resección colorrectal curativa en la colonoscopia de seguimiento.

**Material y métodos:** Se revisaron expedientes de pacientes con antecedente de CCR que acudieron a realizar colonoscopia durante el año 2024 en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

**Resultados:** Se analizó a un total de 64 pacientes que acudieron a colonoscopia posoperatoria de seguimiento, 37 mujeres y 25 hombres, con una edad promedio de 57 años  $\pm$  11,8 (21-76). La ubicación del CCR fue el colon en 39 pacientes y el recto en 25. El estudio de patología inicial indicó adenocarcinoma bien diferenciado en 12 pacientes, moderadamente diferenciado en 43 y poco diferenciado en seis, con tumor neuroendocrino en uno. Dentro de los hallazgos endoscópicos se encontró que más de la mitad de los pacientes tenía pólipos. Se realizó la clasificación de pólipos de acuerdo con las clasificaciones de Paris, KUDO y tamaño (cm): < 0,5; 0,5 a 1,0 cm;  $\geq$  1,0 y  $\geq$  2,0 cm. La mayoría de los pólipos tenía distribución similar < 0,5 cm (14 pólipos, 40%) y  $\geq$  0,5 a < 1,0 cm (15 pólipos, 42,8%) y el resto  $\geq$  1,0 (6 pólipos, 17,1%). Según la ubicación, 17 pólipos (48,5%) se localizaban en el colon derecho, 13 (37,1%) en el izquierdo, 4 (11,4%) en el recto y había pólipos en más de dos segmentos en un paciente. En los hallazgos histológicos globales detectados por colonoscopia posoperatoria (Tabla 1) de 35 pólipos no se identificaron pólipos cancerosos; 23 (65,7%) eran pólipos neoplásicos y 12 (34,2%) no neoplásicos. En el análisis de subgrupos de los pólipos neoplásicos detectados por colonoscopia posoperatoria, los pólipos neoplásicos se ubicaban por lo regular en el colon derecho (65%). En los 64 pacientes analizados, la incidencia de pólipos totales durante la colonoscopia posoperatoria fue de 54,69% (35 de 64 pacientes), y la incidencia de pólipos neoplásicos de 35,9% (23 de 64 pacientes).

**Conclusiones:** En pacientes con cáncer colorrectal, la vigilancia colonoscópica posoperatoria es la estrategia más útil para la detección temprana de pólipos y cáncer colorrectal metacrónico. Si no es posible una colonoscopia preoperatoria debido a la obstrucción del tumor debe realizarse en los primeros tres a seis meses luego de la operación. El estudio muestra una elevada prevalencia de pólipos neoplásicos en pacientes sometidos a vigilancia endoscópica, con una distribución significativa en el colon derecho. A pesar de la presencia de un número considerable de pólipos, ninguno resultó canceroso. Con estos hallazgos se resalta la importancia del seguimiento endoscópico en pacientes posoperados de CCR para la detección y tratamiento temprano de pólipos neoplásicos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun216

### CÁNCER COLORRECTAL EN ADULTOS JÓVENES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS EN UNA POBLACIÓN DEL NORESTE DE MÉXICO

L. Santoyo-Fexas, D. Sepúlveda-González, L. A. González-Torres, J. A. Martínez-Segura, J. O. Jáquez-Quintana, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnológico de Monterrey

**Introducción:** En México se diagnostican cada año unos 150 000 casos de cáncer colorrectal (CCR), con más de 7 000 muertes atribuibles, lo cual lo sitúa como el segundo cáncer con mayor mortalidad. Por lo regular, el CCR solía diagnosticarse en individuos mayores de 50 años. Sin embargo, en las últimas décadas ha cambiado de forma significativa su incidencia respecto de grupos etarios diferentes. Se ha observado una reducción entre pacientes mayores de 65 años, mientras que ha aumentado 1% anual en los pacientes de 50 a 65 años, y 2% anual en los menores de 50 años; en este caso se lo denomina cáncer colorrectal de inicio temprano (CCR-IT) en este último grupo. En

Tabla 1. Tipos histológicos de los pólipos detectados. (Lun215)

Histología	Tamaño (cm)				Total
	< 0,5	$\leq$ 0,5 a < 1	$\geq$ 1	$\geq$ 2	
Cáncer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pólipos hiperplásicos	2 (5,7)	4 (11,4)	2 (5,7)	0 (0)	8 (22,86)
Pólipos inflamatorios	4 (11,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (11,3)
Adenoma tubular	2 (5,7)	4 (11,4)	1 (2,8)	2 (5,7)	9 (25,71)
Adenoma tubular con DBG	4 (11,4)	6 (17,17)	0 (0)	0 (0)	10 (28,57)
Adenoma vellosos	1 (2,8)	0 (0)	1 (2,8)	0 (0)	2 (5,71)
Adenoma tubulovellosos	1 (2,8)	1 (2,8)	0 (0)	0 (0)	2 (5,71)
Total	14 (40)	15 (42,8)	4 (11,5)	2 (5,71)	35 (100)

respuesta a esta tendencia, la edad recomendada para iniciar el tamizaje de CCR ha descendido a 45 años. En los estudios disponibles, los factores de riesgo y los síntomas en el CCR-IT no difieren de manera notable en comparación con el CCR en > 50 años.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y analizar y describir las características demográficas y clínicas del CCR-IT en los pacientes tratados en dos hospitales privados del noroeste de México entre enero de 2017 y diciembre de 2023.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados por histopatología con CCR en los hospitales del sistema TecSalud en el periodo mencionado. Se obtuvieron variables epidemiológicas como sexo, edad, IMC, AHF de CCR, además de aspectos de presentación de la enfermedad, como síntomas, características del tumor y aspectos bioquímicos del paciente al diagnóstico.

**Resultados:** En total se diagnosticó a 112 pacientes con CCR en el periodo establecido. De estos, 22 (19%) tenían menos de 50 años, con predominio del sexo masculino (68%). La mediana de edad fue de 43 años (37-46). El 41% de los pacientes señaló consumo de tabaco y 59% consumo de alcohol. Cuatro pacientes (18%) tenían antecedentes familiares de primer grado de CCR (dos con diagnóstico antes de los 40 años, ambos en relación con síndrome de Lynch). El síntoma más común fue dolor abdominal en 54%, seguido de cambios del patrón evacuatorio en 27%, pérdida de peso en 23%, síndrome anémico y hematoquecia en 18% cada uno, rectorragia en 9% y solo 4,5% (1) fue asintomático. La mediana de tiempo de evolución de los síntomas fue de 60 días (17-150). En cuanto a la localización del tumor, 41% se encontraba en el colon derecho, 21% en el izquierdo y 27% en el recto. El 100% de los tumores correspondió a adenocarcinomas. 50% a moderadamente diferenciados, 27% a bien diferenciados y 23% a pobremente diferenciados. En el 82% no fue posible identificar un pólipo de origen, mientras que en 13,5% se reconoció un pólipo vellosos y en 4,5% uno tubular. El estadio clínico más común fue el III en el 32% de la población, seguido de los estadios II y IV en 27% de los pacientes, respectivamente, y estadio I en el 14%. Hasta 27% de los sujetos mostró metástasis a distancia al diagnóstico y los sitios más comunes fueron el hígado en 18% y el peritoneo en 9%. Respecto de los estudios patoclínicos al diagnóstico, los valores medios fueron: Hb 11,7 ± 2,9 g/dL, VCM 85 fL (81-88), HCM 27 ± 4,6 pg, albúmina 3,5 ± 0,66 g/dL, creatinina 0,8 ± 0,15 mg/dL, urea 14 ± 3,9 mg/dL y DHL 179 ± 78 U/L.

**Conclusiones:** La creciente incidencia de CCR-IT es preocupante. La población analizada de este trabajo, a pesar de tener un nivel sociocultural elevado con acceso a servicios de salud privados, se diagnosticó en etapas avanzadas en una proporción significativa. Esto es reflejo de la falta de información sobre la prevención del CCR en la población en general. Estos hallazgos enfatizan la imperiosa necesidad de implementar programas de detección oportuna del CCR. Reducir la edad para la detección del CCR a 45 años representa una respuesta necesaria ante esta nueva realidad epidemiológica.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

## Lun217

### TERAPIA DE BIORRETROALIMENTACIÓN (TBRA) DEL HOSPITAL ESPAÑOL, CONSENSO DE EGRESADOS, EXPERIENCIA DE 25 AÑOS

J. E. García-Rentería, J. E. Suárez-Morán, Y. Zamorano-Orozco, P. Gálvez-Castillejos, A. L. Castro-Zárate, J. A. Villar-Tapia, C. Blanco-Vela, Hospital Español

**Introducción:** Las principales funciones de la región anorrectal por mecanismos reflejos y conscientes son la defecación y la continencia. Las anomalías comunes en esta región son el estreñimiento crónico y la incontinencia, incluidas en el consenso Roma IV. Ahí se recomiendan la “manometría anorrectal (MAR) para la evaluación del piso pélvico y su función” y la “TBRA como un tratamiento para trastornos defecatorios”. La TBRA se indica en el plano mundial con buena efectividad, en particular para incontinencia y estreñimiento crónico. Esta carece de estandarización en equipo y protocolo. Hasta el momento no ha alcanzado un consenso de la forma correcta de llevar a cabo la TBRA. Su estandarización garantizará una calidad uniforme, así como la comparación de resultados en distintos centros.

**Objetivo:** Describir la técnica de la TBRA utilizada en el Hospital Español y lograr un consenso de los egresados que realizan la TBRA y estandarizarla para trastornos anorrectales.

**Material y métodos:** Participaron 22 egresados, todos con título universitario de alta especialidad en motilidad gastrointestinal. Metodología RAM: consenso

solo si ≥ 80% de miembros conseguía acuerdo y obtención de una puntuación ≥ 7 puntos. Se utilizó el instrumento de encuesta en línea con 24 propuestas, las cuales se calificaron de 1 a 9: 1-3 inapropiado, 4-6 incierto y 7-9 apropiado.

**Resultados:** Se presentan las 24 propuestas sobre el protocolo de TBRA y los resultados.

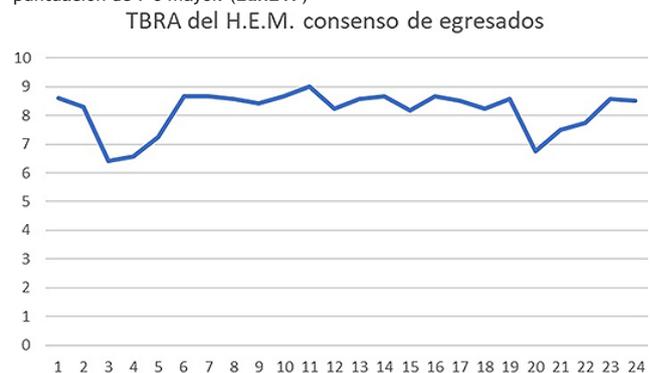
1. Todo paciente debe contar con MAR; resultado (R) = 8.
2. Los pacientes aptos para TBA son enfermos con estreñimiento; R = 8.
3. Preparación con enemas o laxantes; R = 6.
4. Sin suspender fármacos intestinales; R = 6.
5. Preferir catéter de MAR, se acepta catéter de manometría convencional; R = 7.
6. Uso de un lugar privado y cómodo; R = 8.
7. Explicar el mecanismo de la defecación y respiraciones diafragmáticas; R = 8.
8. El paciente observa el trazo manométrico durante TBRA; R = 8.
9. Posición decúbito lateral izquierdo, con uso de silla cómoda si es posible; R = 8.
10. Empleo de reforzamientos visuales y sonoros durante la TBRA; R = 8.
11. Indicaciones claras y concretas durante la TBRA; R = 9.
12. Estudio rectal digital previo; R = 8.
13. Los ejercicios se seleccionan de acuerdo con los diagnósticos de la MAR; R = 8.
14. En la hipertensión anal, enfatizar la relación voluntaria y en la hipotensión reiterar las contracciones voluntarias; R = 8.
15. Hipocontractilidad: reforzar las contracciones voluntarias; R = 8.
16. Disinergias: enfatizar la presión intraabdominal mientras se relaja el esfínter anal; R = 8.
17. Problemas de sensibilidad: trabajar en sensaciones rectales con insuflación progresiva; R = 8.
18. Hiposensibilidad: detectar las sensaciones rectales a bajos volúmenes; R = 8.
19. Hiposensibilidad: atención del paciente para detectar bajos volúmenes; R = 8.
20. Proporcionar siete sesiones iniciales; R = 6.
21. Duración de la sesión no ≥ 30-45 min; R = 7.
22. Revaloración al mes y otra en tres meses; R = 7.
23. En estreñimiento crónico usar banco fisiológico durante la evacuación; R = 8.
24. Continuar fármacos a consideración del médico tratante; R = 8.

La gráfica de resultados puede verse en la **Figura 1**.

**Conclusiones:** La TBRA ha superado la prueba del tiempo y su efectividad está demostrada. Este es el primer consenso de recomendaciones concretas de la TBRA en México y Latinoamérica. Con este consenso se intenta contribuir con la comunidad médica para estandarizar los puntos clave de la TBRA.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

**Figura 1.** Gráfica de los resultados promedio; propuestas aceptadas con una puntuación de 7 o mayor. (Lun217)



## Lun218

### SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: UNA SERIE DE CASOS DEL SÍNDROME DE WILKIE

L. A. González-Torres, C. E. González-Martínez, R. Reséndez-Guajardo, C. A. Ramos-Maldonado, L. Manuel-Sáenz, M. A. Saldaña-Ruiz, C. A. Cortez-Hernández, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) es una causa rara de obstrucción intestinal proximal. Este síndrome sucede por la obstrucción extrínseca de la tercera porción del duodeno entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta. Tiene una incidencia calculada de 0,1% a 0,3% con un intervalo de edad de 10 a 39 años, lo cual afecta en su mayoría a mujeres adultas jóvenes.

**Objetivo:** Resumir la experiencia en ocho pacientes diagnosticados con SAMS y analizar su evolución clínica, resultados y desenlaces.

**Informe de casos:** En esta serie de seis casos, los pacientes tenían una mediana de edad de 22 (18-31). La distribución por sexo mostró un predominio masculino del 62% con 37% de mujeres. En cuanto a sus antecedentes, se observó que un 25% era fumador y un 25% tenía antecedentes de toxicomanías. Además, un 25% de los pacientes había sufrido infecciones previas por neumonía. Los síntomas más prevalentes fueron vómito posprandial, pérdida de peso y náusea presentes en todos los pacientes. La plenitud posprandial y la dispepsia se identificaron en el 50% de los casos. Dos pacientes (25%) tenían diarrea crónica vinculada con otras comorbilidades; un paciente sufría estreñimiento. Los pacientes registraron una mediana del *Nutritional risk screening* (NRS) de 4 (4-5). Los análisis de laboratorio mostraron valores de hemoglobina con mediana de 11 (10-13) g/dL; el volumen corpuscular medio (VCM) fue de 90 (85-96) fL; y los leucocitos tuvieron una mediana de 8 (6-11) x10<sup>9</sup>/L. La albúmina sérica mostró una mediana de 3,4 (3-4) g/dL; la mediana de colesterol fue de 113 (110-127) mg/dL y los triglicéridos una mediana de 84 (54-111) mg/dL. En cuanto al ángulo aortomesentérico se identificó una mediana de 16,6° (12°-18°) y una distancia aortomesentérica de 4 (3-7) mm. Los enfoques terapéuticos variaron de acuerdo con la gravedad y las características individuales de cada paciente. Un 37% de los sujetos se trató con duodenoyeyunostomía, mientras que otro 37% recibió tratamiento con sonda nasoyeyunal. Un paciente recibió sonda nasogástrica y en otro se indicó yeyunostomía. La **Tabla 1** muestra los casos individuales con sus características.

**Discusión:** El SAMS es una anomalía rara. Los síntomas suelen ser vagos y progresivos, con náusea, vómito posprandial, saciedad temprana, malestar abdominal, distensión abdominal y, en su fase crónica, pérdida de peso; en esta serie se observó diarrea crónica como un diagnóstico que probablemente contribuyó a la pérdida de peso con predominio de los síntomas ya descritos,

como se ha señalado en las publicaciones médicas. La obstrucción puede causar una dilatación gástrica y duodenal potencialmente letal sin tratamiento; solo uno de los pacientes falleció debido a complicaciones independientes de esta afección gracias a las intervenciones oportunas. El diagnóstico suele ser un reto y se basa en la interpretación de síntomas clínicos junto con pruebas radiológicas que confirman su presencia. El abordaje terapéutico es conservador y se basa en el apoyo nutricional, cuyo objetivo es aumentar la grasa mesentérica y el ángulo aortomesentérico. Si este enfoque terapéutico falla, está indicada la operación (el 50% de los pacientes requirió tratamiento quirúrgico).

**Conclusiones:** El SAMS es una entidad infrecuente de difícil diagnóstico debido a los síntomas inespecíficos, por lo que es importante identificar factores de riesgo para sospechar la enfermedad y realizar un control adecuado. En los casos descritos se identifica como posibles factores de riesgo padecer un trastorno neurológico y el consumo de drogas. La evolución de los pacientes fue favorable debido al diagnóstico temprano, con una atención individualizada.

**Financiamiento:** No se contó con apoyo financiero.

## Lun219

### FENOTIPO CLÍNICO DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO BAJO TRATAMIENTO: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL EN LA POBLACIÓN DEL OCCIDENTE DE MÉXICO

F. A. Félix-Téllez, J. R. Barrientos-Ávalos, A. G. Pérez-Castañeda, R. A. Ledesma-Rangel, J. M. Aldana-Ledesma, E. S. García-Jiménez, J. M. Remes-Troche, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** El estreñimiento es frecuente en pacientes con hipotiroidismo, pero es escasa la información sobre los factores relacionados con este

**Tabla 1.** Resumen clínico y características de la serie de casos de SAMS. (Lun218)

Paciente	Edad	Comorbilidades	Síntomas	Ángulo aortomesentérico superior/distancia aortomesentérica °/mm	Mortalidad	Tratamiento
1	22/ M	Cuadriplejía secundaria a herida por arma de fuego, toxicomanías y tabaquismo	Pérdida de peso, plenitud temprana, dispepsia, vómito posprandial y náusea	7/3,82	No	Sonda naso yeyunal
2	22/ F	Hemicolectomía por megacolon secundario a <i>C. difficile</i> , síndrome MELAS, unidad de cuidados intensivos	Pérdida de peso, plenitud temprana, dispepsia, vómito posprandial y náusea	18/4	Sí	Duodeno yeyunostomía
3	34/ F	Hipertiroidismo subclínico, endometriosis grave, depresión	Pérdida de peso, diarrea crónica, dolor abdominal, dispepsia, plenitud temprana, vómito posprandial y náusea	20/8	No	Yeyunostomía
4	24/ F	VIH con resistencia al tratamiento, neumonía por <i>M. kansasii</i>	Pérdida de peso, plenitud temprana, dispepsia, vómito posprandial, náusea	16/4	No	Duodeno yeyunostomía
5	89/ M	Alzheimer con pobre funcionalidad, fractura de cadera, consumo de AINE, úlceras gástricas por estrés, hiperplasia prostática benigna	Pérdida de peso, vómito posprandial, náusea	17,3/7,5	No	Sonda naso gástrica
6	18/ M	Alcoholismo, toxicomanía	Pérdida de peso, dolor abdominal súbito, náusea, vómito, hiporexia	12,6/7,5	No	Duodeno yeyunostomía
7	18/ M	Distrofia muscular de Duchenne	Vómito posprandial, diarrea abdominal, estreñimiento y náusea	18/2,7	No	Sonda naso yeyunal
8	18/ M	Hipoxia neonatal	Vómito posprandial	12/3,6	No	Duodeno yeyunostomía

trastorno y el fenotipo de presentación en este grupo de población, motivo por el cual surge el interés por conducir esta investigación.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia, factores relacionados y características fenotípicas del estreñimiento en pacientes con hipotiroidismo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio analítico de corte transversal en el occidente de México con delimitación temporal de septiembre del 2023 a octubre del 2023. Se estudió a pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo y se recolectaron datos sociodemográficos, antecedentes médicos e información relacionada con hipotiroidismo y estreñimiento crónico. Se aplicaron criterios de estreñimiento ocasional (EO) según la definición del consenso de expertos publicado en la *American Journal of Gastroenterology* en el 2022, así como los criterios de Roma IV para estreñimiento crónico funcional (ECF) y síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento (SII-C). Se aplicó el cuestionario de Wexner para valorar la gravedad del estreñimiento. Se realizó un análisis comparativo con prueba ji cuadrada y una comparación de medias con t de Student y ANOVA previo análisis de comparación de medias e igualdad de varianzas.

**Resultados:** La prevalencia de estreñimiento en pacientes con hipotiroidismo fue de 85% (IC95%, 78,1-90,5) y el EO fue el fenotipo más frecuente con una prevalencia de 58% (IC95%, 50,2-67,0), seguido por ECF con una de 23,4% (IC95%, 16,6-31,2) y SII-C con una de 2,8% (IC95%, 0,78-7,10). Se identificó que los pacientes con estreñimiento utilizaban menor dosis de levotiroxina (estreñimiento: levotiroxina, 103,4 ± 38,7 µg vs. sin estreñimiento: levotiroxina, 127,5 ± 59,5 µg, p = 0,011) y se encontraban fuera de objetivos terapéuticos (estreñimiento: TSH, 5,21 ± 1,03 mU/L vs. sin estreñimiento: TSH, 2,61 ± 1,37 mU/L, p = 0,427). Entre las características de la defecación se encontró que el único síntoma con una diferencia significativa fue el esfuerzo excesivo (estreñimiento: esfuerzo, 45% vs. sin estreñimiento: 9,52%, p = 0,020). Al valorar la gravedad sintomática se observó que el SII-C era el fenotipo con mayor puntuación en el Wexner, seguido por ECF y EO (p = 0,014).

**Conclusiones:** El estreñimiento es un síntoma con alta prevalencia en la población con hipotiroidismo y podría ser secundario a un inadecuado control de dicha alteración. El EO es el fenotipo de estreñimiento más frecuente en pacientes con hipotiroidismo y pueden precipitarlo factores modificables como la obesidad, dosis bajas de levotiroxina o consumo concomitante de fármacos como los anticonvulsivos. La presentación clínica del SII-C es el fenotipo de estreñimiento de mayor gravedad.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento alguno.

## Lun220

### UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PATOLOGÍAS DE INTESTINO MEDIO

J. R. Ortiz-Martínez, N. E. Mar-Villegas, C. L. López-Rodríguez, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La videocápsula endoscópica (VCE) es un dispositivo de tecnología no invasiva diseñada para proporcionar imágenes de esófago, estómago y ciego, pero sobre todo imágenes diagnósticas del intestino delgado para identificar en especial causas de sangrado, signos de enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca, neoplasias, en el contexto de la anemia en estudio, además del dolor abdominal de causa poco clara e infecciones.

**Objetivo:** Determinar la utilidad diagnóstica de los hallazgos obtenidos por videocápsula endoscópica en afecciones del intestino medio.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en pacientes mayores de edad sometidos a procedimiento diagnóstico con VCE en el área de endoscopia de la UMAE No. 25, Monterrey, Nuevo León, en el periodo del 16 de noviembre del 2022 al 31 de

mayo del 2024. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. No se calculó el tamaño de la muestra ya que se incluyó la totalidad de los casos. Se analizaron las variables de interés con el programa estadístico SPSS en su versión más reciente.

**Resultados:** Se estudió a 72 pacientes con afección sospechada del intestino medio. En 43 pacientes con datos de hemorragia se identificó el origen en el 88,37% de los casos y las causas principales de sangrado fueron las angiodisplasias y las úlceras con predominio en yeyuno, pólipos con mayor incidencia en íleon, y enteritis por radioterapia en una paciente. Las causas tumorales se documentaron en nueve pacientes y, como dato interesante, el 88,8% de las neoplasias se había manifestado inicialmente como sangrado de intestino delgado; los tumores identificados fueron hemangiomas, tumores submucosos, tumores exofíticos y pólipos de aspecto maligno. Se localizaron signos de enfermedad de Crohn en el intestino delgado en el 88,8% de los pacientes tratados por antecedentes de alta sospecha clínica, imagen o estudio de laboratorio, casos en los que fue de utilidad el índice de Lewis. De los sujetos sometidos a VCE por anemia en estudio se localizó la causa en el 60% de los casos y de los dos pacientes con dolor abdominal en estudio se identificó la causa solo en uno. Se descubrieron un caso de enteropatía por AINE y tres con sospecha de infección intestinal. No se halló ningún caso consistente con enfermedad celiaca. Se identificó la retención de la VCE en un paciente y el efecto adverso se resolvió con intervención quirúrgica sin complicaciones posoperatorias. Lo anterior se identifica de manera más sencilla en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio de investigación, puede inferirse que el diagnóstico con videocápsula endoscópica es seguro en la población general adulta. Es importante evaluar la totalidad de la anatomía del intestino delgado, dado que técnicamente es difícil el acceso para los métodos convencionales de exploración (endoscopia, colonoscopia y enteroscopia). Este estudio retrospectivo de serie de casos demuestra que son útiles los estudios con VCE.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

## Lun221

### TUMORES COLORRECTALES DE ESTIRPE HISTOLÓGICA ATÍPICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

G. Rangel-Zavala, H. E. Estrada-González, P. M. Diego-Salazar, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. De León-Rendón, B. Jiménez-Bobadilla, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer colorrectal es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México y ocupa el tercer lugar en incidencia y el primero en mortalidad. El adenocarcinoma es el tipo histológico más común. Aunque los tumores de estirpe histológica atípica representan menos del 5% de todos los tumores colorrectales, su estudio epidemiológico es crucial para entender mejor esta variante menos frecuente y normar la conducta terapéutica. En este contexto, se presenta un estudio epidemiológico de tumores colorrectales de presentación atípica en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en los últimos cinco años.

**Objetivo:** Determinar la incidencia a cinco años de los tumores colorrectales con estirpe histológica atípica en pacientes atendidos en el Hospital General de México.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, relacional y descriptivo en el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre del 2023 en pacientes atendidos en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, quienes se hospitalizaron para abordaje diagnóstico y terapéutico debido al diagnóstico de tumor de colon o recto. Todos los pacientes con informe histopatológico disponible en este periodo se contabilizaron, con

**Tabla 1.** Resultados obtenidos en esta investigación. Se muestran las variables de interés y el resultado en porcentajes. (Lun220)

Casos N = 72	Sangrado de intestino delgado (n = 43)	Enfermedad de Crohn con afectación de intestino delgado (n = 9)	Tumor de intestino delgado (n = 9)	Anemia en estudio (n = 5)	Infección de intestino delgado (n = 3)	Dolor abdominal en estudio (n = 2)	Enteropatía por AINE (n = 1)	Enfermedad celiaca (n = 0)
Porcentaje de detección con VCE	88,37%	88,88%	100%	60%	100%	50%	100%	0%

N, población total; n, número de pacientes con la afección; VCE, videocápsula endoscópica.

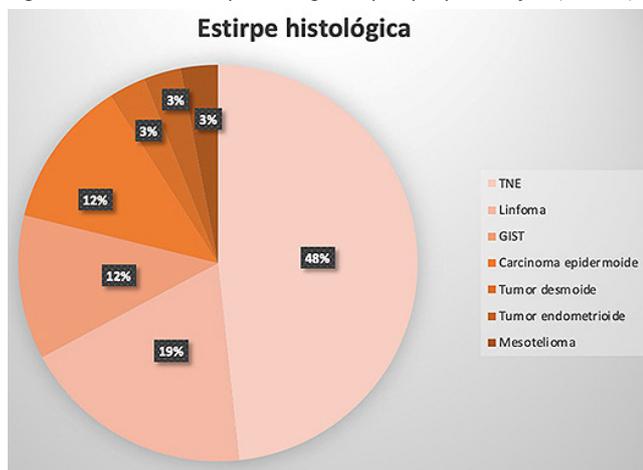
enfoque específico en los tumores colorrectales de estirpe histológica diferente del adenocarcinoma.

**Resultados:** Durante el periodo de enero de 2019 a diciembre de 2023 se identificaron 525 casos de tumores colorrectales diagnosticados; los tumores de estirpe histológica atípica constituyeron el 6,9% (36 de 525 pacientes) de todos los casos. De éstos se reconocieron 16 casos de tumores neuroendocrinos, ocho de linfoma colorrectal, cinco de tumores del estroma gastrointestinal, cuatro de carcinomas epidermoides, así como un caso de tumor desmoide, un mesotelioma y un tumor endometriode, como se muestra en la Figura 1 y la Tabla 1. Se revisaron características clínicas y demográficas de los pacientes y se realizó análisis estadístico descriptivo con el paquete de análisis SPSS versión 26.

**Conclusiones:** Los tumores neuroendocrinos de colon y recto representaron la estirpe histológica atípica más frecuente en los tumores colorrectales en este centro hospitalario de tercer nivel.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

Figura 1. Tumores de estirpe histológica atípica por porcentajes. (Lun221)



TNE, tumor neuroendocrino, GIST, tumor del estroma gastrointestinal.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de tumores de colon o recto de estirpe histológica. (Lun221)

Estirpe histológica	n = 525
Adenocarcinoma	489 (93,1)
Tumor neuroendocrino (TNE)	016 (3,00)
Linfoma	008 (1,52)
Tumor del estroma gastrointestinal (GIST)	005 (0,95)
Carcinoma epidermoide	004 (0,76)
Tumor desmoide	001 (0,19)
Mesotelioma	001 (0,19)
Tumor endometriode	001 (0,19)
Total	525 (100)

## Lun222

### EXPERIENCIA DE ANASTOMOSIS PRIMARIA O SECUNDARIA AL RECTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

**Introducción:** Existe información de la incidencia de fuga de la anastomosis colorrectal hasta del 20% y es una de las complicaciones más temidas por el cirujano, con una mortalidad notificada de 29%. Por otro lado, una operación derivativa puede modificar el estilo de vida de modo radical, por lo que resulta difícil para el cirujano tomar decisiones.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo con mayor significancia estadística para la fuga de la anastomosis colorrectal.

**Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo con descripción analítica de los pacientes sometidos a colectomía subtotal o segmentaria con anastomosis al recto o estado derivativo intestinal previo, con restitución del tránsito intestinal mediante anastomosis, como intervención quirúrgica electiva o de urgencia en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en el periodo 2022-2023.

**Resultados:** Se incluyó 120 pacientes con afección benigna y maligna de colon y recto, con segmentectomía o estado derivativo previo mediante anastomosis primaria o secundaria al recto. El 13,2% (16 pacientes) requirió anastomosis ultrabaja. La operación fue laparoscópica en el 72,7% (88 pacientes), abierta en el 20,7% (25 pacientes) y convertida en el 6,6% (8). Se reconoció fuga de la anastomosis en el 9,2% (11 pacientes) y obligó al desmantelamiento en el 7,4% (nueve pacientes) y reforzamiento en el 1,6% (dos pacientes). Se practicó ileostomía protectora en el 9,2% (11 pacientes) por riesgo elevado de fuga de la anastomosis. Los factores de riesgo con mayor significancia fueron el ASA (OR = 1-6; IC95%, 1,2-2; p = 0,02); sangrado (p = 0,04 ± DE 239,46 ± 239,07) y transfusión sanguínea (p = 0,04).

**Conclusiones:** Los factores de riesgo con mayor relevancia para la fuga de la anastomosis colorrectal fueron el ASA, el sangrado y la transfusión sanguínea.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Lun223

### CÁPSULA ENDOSCÓPICA COMO AUXILIAR DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: SERIE DE CASOS

R. López-Contreras, G. Von Bertrab-Carmona, G. J. Ochoa-Rodríguez, D. García-Compeán, L. A. Vázquez-Díaz, Christus Mugerza Alta Especialidad

**Introducción:** La isquemia mesentérica es un grupo de enfermedades caracterizada por una interrupción del suministro de sangre a diferentes partes del intestino, lo que conduce a isquemia y cambios inflamatorios secundarios. Tiene una prevalencia de 0,09% a 0,2% de los ingresos por abdomen agudo y puede ser secundaria a la embolia (50%).

**Objetivo:** Presentar dos casos clínicos de isquemia mesentérica aguda secundaria a embolismo por fibrilación auricular.

**Informe de casos:**

**Caso 1:** Paciente femenina de 81 años. APP: DM2 en tratamiento con sitagliptina y metformina. Colectectomía realizada. Inicia su padecimiento actual al sufrir de manera aguda dolor en epigastrio de una intensidad de 10/10 en EVN, de tipo opresivo, sin irradiaciones, acompañado por vómito en tres ocasiones de contenido gastroalimentario. La exploración física identifica dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho y ruidos cardiacos arritmicos. Biometría hemática: leucocitos de 10,76 a expensas de neutrófilos. El electrocardiograma revela fibrilación auricular de respuesta ventricular rápida. El ecocardiograma registra dilatación grave biauricular con FEVI preservada (50%). La endoscopia no muestra alteraciones y la tomografía computarizada con contraste delinea un engrosamiento focal en yeyuno con zonas hipodensas en mucosa. Se indica cápsula endoscópica que identifica un yeyuno proximal en zona de mucosa con edema notable, hemorragias submucosas, úlceras con exudado blanquecino y tejido necrótico (Figura 1). Se indica la resección quirúrgica.

**Caso 2:** Paciente femenina de 67 años. HAS bajo tratamiento no especificado y con hipercolesterolemia. Apendicectomía y colectectomía. Inicia el padecimiento actual 48 horas antes de su ingreso al presentar de manera aguda dolor abdominal de 10/10 localizado en epigastrio, sin irradiaciones, de tipo cólico, acompañado de náusea sin vómito. Tres horas antes de su ingreso se añade diarrea sanguinolenta en tres ocasiones. La exploración física señala dolor a la palpación en hemicólon superior. La endoscopia y la colonoscopia no señalan alteraciones. La tomografía computarizada muestra engrosamiento difuso del yeyuno proximal. Durante su estancia se registran episodios de paroxismos de fibrilación auricular, lo cual se confirma con Holter de ritmo durante 24 horas. Se indica cápsula endoscópica que identifica engrosamiento de varios centímetros con ulceraciones circunferenciales con más del 50% y zonas isquémicas.

**Discusión:** Los embolismos periféricos son una forma poco común de presentación de la fibrilación auricular. La arteria mesentérica superior es en particular vulnerable debido a su diámetro relativamente grande y su ángulo desde la aorta. La mayor parte de los émbolos se alojan a 3 a 10 cm de distancia del origen de la SMA, lo que afecta al yeyuno proximal y el colon. El

interés de estos casos clínicos reside en su sitio afectado, donde por lo general no hay embolismos, aparte de su presentación clínica inespecífica, en la que se necesita alta sospecha diagnóstica para establecer el diagnóstico.

**Conclusiones:** Siempre es un buen diagnóstico diferencial la isquemia intestinal en pacientes con abdomen y antecedente de fibrilación auricular. Debido a la presentación inespecífica del cuadro clínico exige gran alta sospecha clínica y utilizar todas las herramientas diagnósticas disponibles, como en este caso la cápsula endoscópica.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

**Figura 1.** Corte coronal de TC de abdomen en el que se observa inflamación difusa del yeyuno proximal. (Lun223)



## Lun224

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. L. Ordóñez-Vázquez, A. Pereira-García, J. S. Arenas-Martínez, A. Fuentes-Montalvo, I. Padilla-Betancourt, M. Esarte-Rodríguez, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La incontinencia fecal (IF) tiene una prevalencia global de 5% a 8%, con predominio en mujeres mayores de 60 años. Es un problema frecuentemente subestimado, que exige una evaluación clínica especializada para la selección terapéutica óptima que atenúe el efecto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes. La información sobre la evaluación y el tratamiento de la IF en esta población es escasa.

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas, clínicas, manométricas y terapéuticas en la población adulta con IF.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal en un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con IF atendidos desde marzo de 2020 hasta diciembre de 2023. La información clínica se extrajo de los expedientes clínicos mediante un formulario electrónico estandarizado de recopilación de datos demográficos, comorbilidades, síntomas, estudios de imagen y manometría anorrectal. Los resultados se resumieron con estadísticas descriptivas.

**Resultados:** Se encontraron 112 casos de IF. La edad promedio fue de 64,6 años, con 78,3% de mujeres y 73% de comorbilidades metabólicas. Características clínicas: 56,5% tenía antecedentes de operación anorrectal y 30,4% traumatismo obstétrico. La IF de urgencia fue la más frecuente (42,9%) y 60% de los pacientes mostró IF moderada a grave acorde a la escala de Wexner ( $\geq 9$  puntos). El 82,6% refirió consumo de fibra o loperamida y 83,3% de protectores. El 40% de los individuos contaba con ultrasonido endoanal, resonancia de pelvis o defecografía; 87% se sometió a evaluación del servicio de coloproctología. En la manometría de alta resolución se identificó la ausencia del reflejo anocutáneo (30,4%), esfínter anal hipotenso (73,9%), hipocontractilidad anal (65,2%), alteración de sensibilidad rectal (56,5%, 17,4% por hiposensibilidad y 39% por hipersensibilidad) y disnergia defecatoria concomitante (65,2%). El tiempo promedio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el abordaje diagnóstico fue de 2,25 (+3,26) años. Solo el 40,3% de los pacientes acudió a terapia de biorretroalimentación (TBR). El resto de los hallazgos se resume en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Las características epidemiológicas de los pacientes con IF en este centro son similares a las descritas en otras poblaciones; sin embargo, la proporción de pacientes con antecedente de cirugía anorrectal, tratamiento médico y dispositivos protectores fue mayor a la descrita. A pesar de ser referidos, los pacientes acuden en menor proporción a TBR que lo informado en estudios anteriores. Se requieren estudios para evaluar los obstáculos que llevan a una baja asistencia a la TBR.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Características epidemiológicas de los pacientes con incontinencia fecal. n (%), mediana (RIC). (Lun224)

Característica	Valor
Edad (n = 111) (mediana, RIQ)	68 años (20-87)
Sexo (femenino)	78,3% (n = 88)
<b>Tipos de IF</b>	
*Urgencia	42,9% (n = 48)
*Pasiva	28,6% (n = 32)
*Mixta	9,5% (n = 11)
*Soiling	19% (n = 21)
Antecedente de operación anorrectal	56,5% (n = 63)
Antecedente de traumatismo obstétrico	30,4% (n = 34)
Escala de Wexner (media y DE)	12,6 puntos ( $\pm$ 4,72)
Tiempo entre inicio de síntomas al diagnóstico (media y DE)	2,25 años ( $\pm$ 3,26)
<b>Tratamiento farmacológico</b>	
*Ninguno	17,4% (n = 19)
*Fibra	43,5% (n = 49)
*Loperamida	8,7% (n = 10)
*Fibra y loperamida	30,4% (n = 34)
Uso de dispositivos protectores	83,3% (n = 93)
<b>Estudio de imagen (n = 68)</b>	
*Ultrasonido endoanal	22% (n = 15)
*Defecografía	16% (n = 11)
*Resonancia magnética de pelvis	18% (n = 12)
<b>Manometría anorrectal de alta resolución (n = 112)</b>	
*Longitud del esfínter anal (mediana, RIQ)	2,80 cm (2,1-3,5)
*Presión del esfínter anal (mediana, RIQ)	38,5 mmHg (24,3-57,8)
*Contracción promedio (mediana, RIQ)	53,5 mmHg (36,3-82,9)
*Contracción máxima (mediana, RIQ)	111 mmHg (69-153)
*Duración de la contracción (mediana, RIQ)	30 segundos (28,8-31)
Pacientes referidos a tratamiento de biorretroalimentación	100% (n = 112)
Pacientes que completaron 3 a 6 sesiones de biorretroalimentación	40,32% (n = 36)

## Lun225

## HALLAZGOS MORFOLÓGICOS Y FUNCIONALES DEL PISO PÉLVICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN EVALUADOS MEDIANTE DEFECOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA (DRM)

V. Guzmán-Pérez, M. T. Sánchez-Ávila, L. A. Morales-Garza, J. F. Sánchez-Ávila, I. Cano-Muñoz, J. M. Hinojosa-Mata, R. C. López-Sánchez, J. A. Hernández-Hernández, Tecnológico de Monterrey

**Introducción:** Los trastornos defecatorios se describen como alteraciones de la evacuación intestinal normal y pueden relacionarse con aspectos estructurales, funcionales y neurológicos. Estos trastornos se manifiestan a menudo con síntomas adicionales, como incontinencia fecal, estreñimiento crónico, dolor anorrectal funcional y disfunción del suelo pélvico. Las definiciones actuales de las Sociedades Europeas de Radiología Gastrointestinal y Urogenital (ESGAR y ESUR) establecen que la DRM es el método de elección para el estudio estructural y funcional del complejo anorrectal y el piso pélvico.

**Objetivo:** Documentar la utilidad de la DRM en el estudio de los trastornos de la defecación y analizar los hallazgos morfológicos y funcionales obtenidos con la implementación de este estudio. Este enfoque innovador detecta anomalías en tiempo real al combinar los beneficios del ultrasonido endoanal, la defecografía y la resonancia y reduce la necesidad de solicitar múltiples estudios. Esto permite proporcionar tratamientos más precisos basados en hallazgos anatómicos o funcionales y promover la medicina de precisión.

**Material y métodos:** Se analizaron de manera retrospectiva 52 estudios de DRM en el periodo de 2012 a 2023. Se incluyó a 48 mujeres y tres hombres con un intervalo de edad de 18 a 77 años (media, 56,4 años). Se valoraron alteraciones en los músculos puborrectales, pubococcígeos, esfínter y conducto anal. De igual forma, se evaluó el ángulo puborrectal en sus diferentes fases, el nivel del esfínter, así como la presencia de rectocele, enterocele, cistocele, invaginación y otras alteraciones.

**Resultados:** En los 52 estudios se identificaron una o más alteraciones; 54% mostró cambios morfológicos en la musculatura del piso pélvico, 46% engrosamiento en el conducto anal y 13% anomalías de las estructuras blandas y óseas de la pelvis. Respecto de la fase dinámica, 28,84% de los pacientes sufrió disfunción del músculo puborrectal, 80,76% debilidad del puborrectal, 68,22% disineria del piso pélvico, 50% disfunción del piso pélvico y 32,69% descenso del piso pélvico (Tabla 1). De igual forma, se identificaron 32 rectoceles, dos enteroceles, cinco cistoceles y 19 invaginaciones.

Tabla 1. Valores normales y patológicos en la fase dinámica de la defecografía por resonancia magnética. (Lun225)

Valores normales en la fase dinámica	Anomalia
Ángulo puborrectal en reposo (108°-127°)	<b>Aumento &gt; 127°</b> Disfunción del músculo puborrectal (contribuye a la incontinencia fecal). Presente en 28,84% de los pacientes.
Ángulo puborrectal en esfuerzo máximo (disminución de 15° a 35°)	<b>Disminución &lt; 15°</b> Debilidad del músculo puborrectal. (afectación de la contracción o cierre del ángulo anorrectal). Presente en 80,76% de los pacientes.
Apertura anormal del ángulo puborrectal en defecación (aumento de 15°-20°)	<b>Aumento &lt; 15°</b> Disineria del piso pélvico (descoordinación de los músculos del piso de la pelvis que causa vaciamiento incompleto/estreñimiento crónico). Presente en 68,22% de los pacientes.
Nivel del esfínter en pujo (disminución de 10,3-29,9 mm) respecto del valor normal en reposo < 30 mm en relación con la línea pubococcígea.	<b>&lt; 10,3 mm</b> Disfunción del piso pélvico (afectación de la continencia/evacuación; puede ocasionar prolapso por pujo excesivo). Presente en 50% de los pacientes.

Nivel del esfínter en defecación (disminución de 10,3-29,9 mm) respecto del valor normal en reposo < 30 mm en relación con la línea pubococcígea.	<b>&gt; 29,9 mm</b> Descenso del piso pélvico (desplazamiento de las estructuras de la pelvis fuera de su posición) o trastornos del vaciamiento rectal Presente en 32,69% de los pacientes.
---	--

**Conclusiones:** La DRM identificó las anomalías más prevalentes en los pacientes evaluados, incluidos el engrosamiento del conducto anal y los músculos puborrectales, así como la disfunción y la disineria de la musculatura del suelo pélvico. Además, se observaron como hallazgos destacados el descenso y la debilidad del piso pélvico. Estos resultados subrayan la capacidad de la DRM para reconocer alteraciones morfológicas y funcionales en el complejo anorrectal y el piso pélvico, lo cual facilita instituir un tratamiento más preciso y adecuado para cada paciente.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

## Lun226

## DESCRIPCIÓN MULTIDIMENSIONAL DE PÓLIPOS COLORECTALES: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

L. Robles-Casanova, G. Bretón-Arroy, S. M. I. Mejía-Loza, E. García-Ruiz, Hospital Juárez de México

**Introducción:** Los pólipos adenomatosos son precursores importantes del cáncer colorrectal. En poblaciones de riesgo, la prevalencia de pólipos alcanza el 30% a 40%, con una elevada recurrencia (20%-50% en tres a cinco años). La transformación a cáncer se relaciona con el tamaño (> 10 mm), número ( $\geq 3$ ) y displasia de alto grado o morfología vellosa, lo que incrementa la malignización del 10% al 27%. La falta de estadísticas detalladas en México subraya la necesidad de realizar investigaciones locales sobre prevalencia, tipos de pólipos y factores de riesgo específicos para la población mexicana.

**Objetivo:** Comparar las características clínicas, endoscópicas e histológicas de los pacientes con pólipos de colon y recto.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal con comparación de cohortes en el Hospital Juárez de México (HJM) entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Se incluyó a pacientes con pólipos colorrectales, incluidos aquellos con adenocarcinoma colorrectal y antecedentes de pólipos (en los 10 años anteriores al diagnóstico) y pacientes con pólipos sin evolución. Se utilizó Microsoft Excel y R-Statistical Software para evaluar la influencia de las variables, como sexo, tabaquismo, DM2, hipertensión arterial sistémica y obesidad.

**Resultados:** En el estudio participaron 155 pacientes con pólipos colorrectales, con una mediana de edad de 59 años. De estos, 51,61% correspondió a mujeres y 48,4% a hombres. Las características clínicas incluyeron a 32,9% con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), 32,9% con obesidad, 36,8% con hipertensión arterial sistémica (HAS) y 16,12% con síndrome metabólico. Los pacientes eran fumadores activos en 25,8% y ex fumadores en 34,2%. El 56,77% consumía alcohol, con 22,6% activos y 34,2% ex consumidores. Solo el 26,45% consumía AINE. La evolución al adenocarcinoma fue del 34,8%. Los pólipos sésiles fueron los más comunes (90,32%), seguidos por los pediculados (6,45%) y los subpediculados (3,22%). En cuanto al tamaño, 30,96% media < 5 mm y 10,96% > 20 mm. La mayoría de los pacientes (83,22%) tenía pólipos únicos. En el plano anatómico, los pólipos se localizaron sobre todo en el recto (30,32%), colon ascendente (28,38%), sigmoides (18,06%), colon transversal (14,19%), rectosigmoides (5,80%) y colon descendente (3,22%). En términos histológicos se dividieron en adenomas (30,9%), adenocarcinomas (30,9%) y pólipos no adenomatosos (38%). De los adenomas, 68,8% correspondió a tubulares, 18,8% a tubulovillosos, 8,3% a serrados sésiles ASS/P y 2,1% a serrados y vellosos. El análisis de regresión logística mostró que los mayores de 65 años tenían mayor probabilidad de adenocarcinoma (coeficiente de 38,587,  $p = 0,001$ ). El tabaquismo activo elevó la probabilidad de adenomas (coeficiente de 10,8,  $p = 0,001$ ) y adenocarcinomas (coeficiente de 11,2,  $p = 0,001$ ). Aunque la DM2 y la obesidad tenían coeficientes positivos, no alcanzaron significancia estadística. El análisis con ji cuadrada mostró relación entre

DM2 y pólipos ( $p = 0,025$ ) con un valor de ji cuadrada de 4,997. Ni el sexo ni el consumo de alcohol influyeron significativamente en el desarrollo de adenomas o adenocarcinomas.

**Conclusiones:** Se detallan las características clínicas, endoscópicas e histológicas de una cohorte con pólipos colorrectales. Los pólipos sésiles fueron los más frecuentes, con una notable proporción de pólipos grandes ( $> 20$  mm). El tabaquismo se identificó como factor de riesgo significativo para todos los grupos y se reconoció además una vinculación entre DM2 y pólipos ( $p = 0,001$ ). La obesidad y la hipertensión arterial sistémica no mostraron relaciones significativas con adenomas o adenocarcinomas, probablemente debido al tamaño de la muestra. Los datos sugieren la necesidad de enfocarse en el tabaquismo para guiar políticas de salud efectivas.

**Financiamiento:** No se contó con ningún financiamiento.

## Lun227

### SANGRADO DIGESTIVO COMO MANIFESTACIÓN DE LEIOMIOSARCOMA

Y. J. Cruz-Ramírez, R. S. Vélez-Ramírez, M. V. Ramos-Gómez, M. A. Quiñones-Barrera, Grupo Colaborativo: Centro Médico Nacional, Hospital 20 de Noviembre

**Introducción:** El leiomioma es una neoplasia maligna de la submucosa extremadamente rara en el intestino delgado, con una incidencia anual de 1 por 1 000 000 habitantes; por lo regular se presenta en mujeres mayores de 50 años (relación H:M de 1:2), se origina en el músculo liso intestinal, es más común en el yeyuno y representa el 7% de la patología maligna del intestino delgado; los leiomiomas pueden ser difíciles de distinguir de los leiomiomas, y por tanto es imprescindible el estudio anatomopatológico (es mayor el índice mitótico en los leiomiomas).

**Objetivo:** Establecer un diagnóstico oportuno de enfermedades poco frecuentes.

#### Informe de casos:

**Caso 1:** Hombre de 46 años sin antecedentes médicos que acude a urgencias por mareo, lipotimia y anemia (hemoglobina de 6 mg/dL); exploración física: llenado capilar  $> 3$  s y taquicárdico. Se transfunden 2 paquetes eritrocitarios; la panendoscopia y la colonoscopia son normales; la tomografía axial computarizada con doble medio de contraste revela un engrosamiento a nivel del íleon proximal, con disminución del calibre de las asas, sin evidencia de zona de transición; la enteroscopia identifica una masa obstructiva en el yeyuno. El caso se lleva al servicio de oncología quirúrgica que reconoce una obstrucción intestinal y se indica la práctica de una intervención de urgencia (laparotomía exploradora, resección tumoral y plastia umbilical baja intestinal); se traslada al paciente a la unidad de cuidados intensivos (Figura 1). Informe histológico: leiomioma de yeyuno de patrón típico con alto grado de proliferación del 70% y grado 3, con tamaño tumoral de  $6 \times 5,5 \times 5$  cm y angioinvasión de bordes distal y proximal. Estudio inmunohistoquímico: S100, Dog 1 negativo, músculo liso positivo, Ki67, índice de proliferación de 70%, positivo a vimentina.

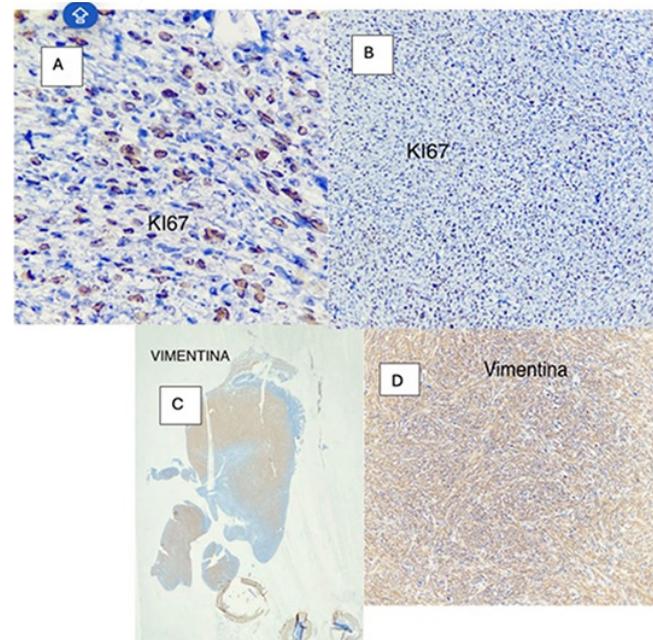
**Caso 2:** Paciente masculino de 50 años con antecedentes médicos: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica controlada actualmente; ingresa a emergencia por deposiciones melánicas de cuatro días de evolución, con dolor abdominal localizado en el mesogastrio que se irradia al hipogastrio, en escala del dolor de 8/10, tipo cólico. Exploración física: paciente inestable, hipotenso y taquicárdico; el abdomen es globoso, con ruidos gastrointestinales abolidos y signos de irritación peritoneal. La tomografía contrastada de abdomen señala obstrucción intestinal; se practica una laparotomía exploradora de emergencia que delinea un tumor ulcerado en el yeyuno de gran tamaño que obstruye la totalidad de la luz. Se traslada al paciente a la unidad de cuidados intensivos. La Figura 1 (b y c) corresponde a un leiomioma de yeyuno de patrón típico con moderada proliferación de 40% y grado 2, con tamaño tumoral de  $10 \times 8 \times 8$  cm y angioinvasión de bordes distal. Estudio inmunohistoquímico: S100, Dog 1 negativo, músculo liso positivo, Ki67, índice de proliferación de 60%, positivo a vimentina.

**Discusión:** Los casos tienen puntos en común: pacientes masculinos con sangrado digestivo y obstrucción intestinal sometidos a laparotomía exploradora y resección tumoral. Se trata de una malformación incidental y las más de las veces muestra hemorragias intestinales melánicas, hasta la anemia, según la escasa información publicada. Puede tratarse también de síndromes oclusivos debido a la obstrucción parcial o total de la luz intestinal por el crecimiento endoluminal del tumor.

**Conclusiones:** Es esencial diferenciar los tumores del estroma gastrointestinal de los leiomiomas, que requieren estudio inmunohistoquímico, con negatividad para CD117, CD34, DOG1 y S100, y positividad para AME y desmina. Los síntomas son inespecíficos, según sean el tamaño y la localización del tumor. El tratamiento consiste en resección quirúrgica completa y quimioterapia. Esta malformación conlleva un alto riesgo de recurrencia; la resección es el tratamiento de elección, la recidiva tras la operación radical es del 40% y la diseminación metastásica se produce sobre todo por vía hematogena. Es necesario considerarla dado que un padecimiento poco frecuente, con múltiples alternativas quimioterapéuticas; su pronóstico varía de acuerdo con la etapa en que se diagnostique.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** Paciente 1: las imágenes a y b corresponden a un leiomioma de yeyuno, Ki67, índice de proliferación de 70%, positivo a vimentina. Imágenes c y d: S100, Dog 1 negativo, músculo liso positivo, Ki67, índice de proliferación de 60%, positivo a vimentina. (Lun227)



## Lun228

### UNA DÉCADA DE TUMORES RAROS: FRECUENCIA Y COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS DIGESTIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegria-Ovando, J. A. González-Vanegas, J. U. Marín-Contreras, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos gastrointestinales son neoplasias raras de crecimiento lento con características histológicas, biológicas y clínicas distintivas. Aunque la mayor parte de estas neoplasias no es funcional, algunos pueden desencadenar síndromes hormonales debido a la secreción de péptidos o aminas del tumor. Todas las malformaciones neuroendocrinas gastrointestinales tienen el potencial de proyectar metástasis, lo que modifica en grado negativo la supervivencia del paciente.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y la evolución epidemiológica de los tumores neuroendocrinos del tracto digestivo en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

**Material y métodos:** Es un estudio descriptivo, analítico y retrospectivo en el que se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de tumor neuroendocrino gastrointestinal, entre 2014 y 2024, para evaluar variables demográficas y presentación. Se emplearon estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central y dispersión mediante SPSS 25.0. Los valores se expresan como medias y desviaciones estándar.

**Resultados:** Del total de 42 pacientes, la incidencia notificada fue de 0,0231%, 23 pacientes (54,7%) fueron mujeres con una edad media de  $50,26 \pm 13,9$  años; en ninguno de los pacientes se encontraron antecedentes neoplásicos hereditarios y la comorbilidad encontrada fue la DMT2 en un 70,2%; en cuanto a la localización anatómica del tumor, 33 pacientes tenían insulinoma pancreático (33,3%), 7 (16,6%) en el intestino medio (duodeno, yeyuno e íleon), 5 (11,9%) en el colon y recto, y 3 (7,1%) en el estómago. Los sitios más comunes de implantes metastásicos fueron el hígado en 7,1% y el mesenterio y epiplón en 2,3%, respectivamente. El tamaño promedio del tumor neuroendocrino fue de 2,5 cm. El tiempo de diagnóstico promedio a partir del inicio de los síntomas fue de 7,5 años. Los principales síntomas relacionados fueron astenia y adinamia en el 100%, pérdida ponderal en 15%,

rectorragia en 7,1%, oclusión intestinal en 9,5% y perforación gástrica en 2,3%. Las complicaciones posquirúrgicas tempranas, señaladas en un solo paciente, fueron la perforación intestinal y el hemoperitoneo.

**Conclusiones:** La estadística descriptiva de los tumores neuroendocrinos del tracto digestivo coincide con lo informado en las publicaciones médicas. Las localizaciones más frecuentes son el páncreas y en segundo lugar el intestino delgado; por lo regular, los pacientes son asintomáticos hasta la presentación de las complicaciones graves por efecto de la compresión del tumor o la perforación de estructuras adyacentes; el tratamiento y el pronóstico dependen del grado y el estadio del tumor.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.