



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 18 de noviembre de 2024

Páncreas

Lun232

UTILIDAD DE LA ESCALA mSPAP-1 PARA VALORAR LA GRAVEDAD DE PANCREATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. C. Alegría-Ovando, C. G. Solís-Hernández, D. E. Colli-Trejo, V. Hernández-Garza, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una afección con alto grado de morbilidad y mortalidad. Las escalas de gravedad suelen ser difíciles de determinar, lo cual hace necesario el uso de un parámetro simple, rápido y accesible. El Sistema de Puntuación de Actividad de Pancreatitis (SPAP) consta de cinco parámetros ponderados por separado: insuficiencia orgánica, intolerancia oral, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, dosis equivalente de morfina (DEM) y puntuación de dolor. Entre los modelos propuestos, el modificado tipo 1 (SPAPm-1) se basa en la eliminación completa de la DEM. Se ha propuesto que el SPAPm-1 a la admisión tiene una relación significativa con los resultados de la PA, como las complicaciones locales y la gravedad de la enfermedad.

Objetivo: Validar la escala SPAPm-1 como predictor temprano de gravedad en los pacientes hospitalizados por PA.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo analítico y transversal para validar una prueba de pronóstico. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con PA que ingresaron a hospitalización del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, de enero de 2019 a mayo de 2024, clasificados de acuerdo con su gravedad con los criterios de Atlanta. Se recopilaron datos clínicos, bioquímicos y radiológicos, y se calcularon BISAP, criterios de Ranson al ingreso, criterios morfológicos radiológicos del páncreas y criterios de Balthazar. Se construyeron curvas ROC y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

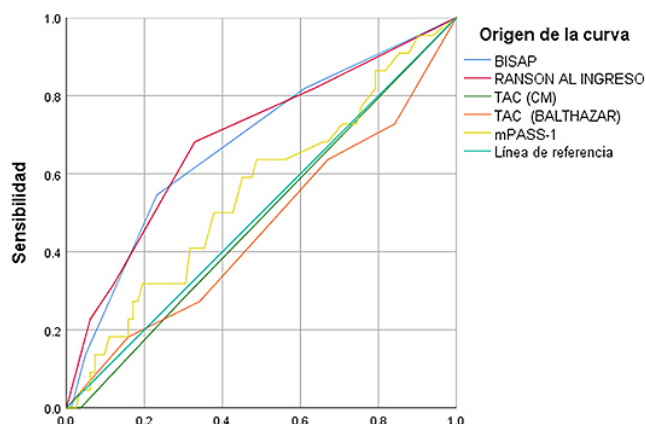
Resultados: Se incluyó a 104 pacientes, 69 (66,3%) hombres, con media de edad de $38,8 \pm 13,4$ años. Las causas más frecuentes fueron: biliar en 41

(39,4%), alcohol en 29 (27,9%) e hipertrigliceridemia en 12 (11,5%). Tuvieron antecedente de PA 19 (18,3%) casos. Por criterios de Atlanta, 45 (43,3%) fueron leves, 37 (35,6%) moderadamente graves y 22 (21,2%) graves. Fallecieron 2 (1,9%). La escala SPAPm-1 tuvo un área bajo la curva (AUROC) = 0,554 (IC95%, 0,417-0,691; $p = 0,44$). La comparación de las AUROC con otras escalas se muestra en la Figura 1.

Conclusiones: A pesar de que otros estudios han propuesto la escala SPAPm-1 para predecir al ingreso la gravedad de la PA, en estos pacientes no resultó superior respecto de las escalas habituales; la de Ranson al ingreso y la BISAP parecen las más exactas. Asimismo, se confirmó que los índices/escalas tomográficas no son útiles para predecir la gravedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curvas ROC que comparan SPAPm-1 con otros índices/escalas para predecir la gravedad en pacientes con pancreatitis aguda al ingreso. (Lun232)



Lun233

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA QUE DESARROLLAN TROMBOSIS VENOSA ESPLÁCNICA

V. A. Venegas-Gómez, E. Aguirre-Aguilar, L. Meza-López, P. Rodríguez-García, L. F. Uscanga-Domínguez, M. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La trombosis venosa esplácnica (TVE) (vena esplénica, porta y vena mesentérica superior) es una complicación vascular de la pancreatitis aguda (PA) que afecta a 10% a 23% de los casos. Su incidencia parece ser mayor en los casos de las pancreatitis grave, necrosante y recurrente. En términos fisiopatológicos, la relación entre la trombosis venosa esplácnica y la pancreatitis aguda se debe a la notable inflamación pancreática y su proximidad anatómica a la circulación venosa esplácnica. Algunas de las complicaciones posibles más importantes son isquemia mesentérica, falla hepática aguda e hipertensión portal hemorrágica.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la TVE en pacientes con PA y realizar una descripción de sus características clínicas.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional. Se analizaron todos los episodios de pancreatitis aguda que desarrollaron trombosis esplácnica durante el periodo de 2021 a 2024 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las características clínicas mediante el software STATA 14.

Resultados: Se documentó un total de 222 episodios de PA; 23 pacientes tenían TVE y la prevalencia fue del 10,3%. El 69% de los individuos correspondió a hombres (16/23) y la media de edad fue de 52,2 (DE 19,9) años. El 30% de los episodios de TVE se detectó al momento del diagnóstico de la PA. En el resto de los casos, el tiempo de aparición de la TVE desde el diagnóstico de la PA tuvo una mediana de 11 días (RIQ 4,5-34). El sitio de trombosis más frecuente fue la vena porta en un 74% (17/23), seguido de la esplénica en un 56% (13/23); el 34% (8/23) desarrolló trombosis en más de un sitio. La TVE fue más frecuente en pacientes con PA de intensidad moderada a grave en 43,4%, seguida de la grave en un 39%. El 52% (12/23) de las trombosis se presentó en el contexto de una pancreatitis necrosante. Al momento del diagnóstico de TVE, el 56% (13/23) de los pacientes tenía complicaciones locales, en particular necrosis con pared (53%), y el 60% una infección extrapancreática, la más común de las cuales fue la colangitis (64%). La mortalidad en la hospitalización fue del 21,7%. Hasta 18 (78%) pacientes tuvieron una imagen de seguimiento posterior a la TVE. De estos, en el 44% se identificó recanalización de la trombosis con una mediana de 59,5 días (RIQ 22-137).

Conclusiones: La prevalencia de TVE en pacientes con PA fue del 10,3%; la afectación fue más frecuente en los hombres y en los casos de pancreatitis moderada-grave, grave y necrosante. Las complicaciones locales y las infecciones extrapancreáticas, en particular la colangitis, fueron comunes al momento del diagnóstico de la TVE. La vena porta fue el sitio de trombosis más frecuente. Menos de la mitad de las TVE experimentó recanalización.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Lun234

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ESTEATOSIS PANCREÁTICA NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

R. A. Gómez-Mendoza, A. M. Mijangos-Trejo, I. V. Toledo-Coronado, C. A. Tenorio-Aparicio, J. Sánchez-Zavala, M. Berrospe-Alfaro, G. Castro-Narro, E. Juárez-Hernández, I. Y. López-Méndez, Médica Sur

Introducción: En la última década, la prevalencia de esteatosis hepática metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) (20%-40%) y esteatosis pancreática no alcohólica (EPNA) (16%-33%) ha aumentado debido a su nexa con la obesidad y el síndrome metabólico; ambas son predictores de aterosclerosis temprana, pero los factores relacionados con EPNA no se han descrito del todo. Aunque la biopsia es la norma de referencia para la evaluación de la EPNA, la tomografía computarizada (TC) se ha propuesto como un método diagnóstico.

Objetivo: Determinar los factores vinculados con EPNA en pacientes con síndromes coronarios agudos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que evaluó los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo que contaban con estudio de TC. Se incluyeron expedientes de pacientes mayores de edad; la EPNA se determinó mediante la diferencia de atenuación pancreática y esplénica (-1,9), mientras que la esteatosis hepática con atenuación hepática < 40. Se realizó un análisis bivariado y multivariado para determinar los factores independientes vinculados con la EPNA. El comité de ética e investigación institucional evaluó y aprobó el protocolo.

Resultados: Se recolectó un total de 106 expedientes. El 69,8% (n = 74) de los pacientes correspondió a hombres, con una media de edad de 69 ± 12 años y un índice de masa corporal de 25,5 ± 6,9 kg/m². El 29,2% (n = 31) tenía diabetes mellitus, mientras que el 29% (n = 31) antecedentes de tabaquismo. De acuerdo con los hallazgos de la TC, el 75,5% (n = 80) desarrolló EPNA, el 35,8% (n = 38) esteatosis hepática y el 34% (n = 36) ambas. En el análisis multivariado, la esteatosis hepática fue un factor independiente vinculado con la EPNA (Tabla 1).

Conclusiones: En pacientes con síndromes coronarios agudos, la prevalencia de EPNA es alta y se relaciona de forma independiente con esteatosis hepática.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Tabla 1. Análisis bivariado y multivariado de factores relacionados con esteatosis pancreática en pacientes con alto riesgo cardiovascular. (Lun234)				
Factor	Bivariado		Multivariado	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Dislipidemia	1,3 (1,0-1,5)	0,04		
Esteatosis hepática	1,4 (1,1-1,7)	0,001	7,1 (1,5-33,3)	0,01
Sobrepeso	1,2 (0,9-1,5)	0,09		

Lun235

LITOTRIPSIA GUIADA POR PANCREATOSCOPIA PREORAL CON SPYGLASS EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA CALCIFICADA ASOCIADA A DOLOR ABDOMINAL. SERIE DE CASOS

A. I. Reyna-Aréchiga, A. Rodríguez-Limón, J. Jáquez-Quintana, Secretaría de Salud

Introducción: La pancreatitis crónica (PC) es una enfermedad fibroinflamatoria progresiva caracterizada por fibrosis irreversible de la glándula con falla final de las funciones exocrinas y endocrinas. Entre las complicaciones de la PC figura la litiasis intraductal, por lo que las concreciones pancreáticas ductales pueden causar dolor abdominal crónico de difícil control con tratamiento médico. Los procedimientos endoscópicos, percutáneos y quirúrgicos han demostrado eficacia en el tratamiento de estos casos.

Objetivo: Describir la experiencia con la litotripsia guiada por POP en tres pacientes con pancreatitis crónica calcificada y dolor abdominal crónico en el centro en Monterrey, México, donde la pancreatoscopia con se ha incorporado en fecha reciente.

Informe de casos: Los tres casos se presentan en pacientes con pancreatitis crónica idiopática con hallazgos de uno o más litos en la cabeza del páncreas de al menos 5 mm. Dos de los pacientes tenían hospitalizaciones previas por dolor abdominal que se controló con analgésicos (uno de ellos con tratamiento anterior por CPRE y colocación de *stent* ductal). Se obtuvo un tiempo promedio de 165 minutos por procedimiento. Además, se logró una mejoría clínica (disminución del dolor), sin efectos adversos en los seis a 24 meses de seguimiento (Tabla 1).

Discusión: El objetivo de la terapia endoscópica es resolver la obstrucción del conducto pancreático y reducir su presión. La litotripsia guiada por pancreatoscopia preoral (POP, por sus siglas en inglés) es una nueva modalidad en la que se visualiza directamente el lito, lo cual facilita la litotripsia electrohidráulica o láser durante una colangiopancreatografía. En la actualidad no existe mucha información sobre el procedimiento, pero las publicaciones disponibles demuestran una eliminación exitosa de la concreción en el 43% a 100% de los casos.

Conclusiones: La litotripsia con SpyGlass es efectiva para la eliminación de litos pancreáticos y la mejoría clínica en pacientes con pancreatitis crónica calcificada.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Tabla 1. Los tres pacientes se trataron con esfinterotomía y esfinteroplastia y dilatación de balón durante la CPRE, POP, EHL, LL litroptipsia con sistema Spy-Glass y recuperación con canasta. (Lun235)						
Edad	Sexo	Diagnóstico	# litos	Ubicación	Diámetro	Tratamiento
16	Masc	PCC idiopática	3	Cabeza del páncreas	5 mm 5 mm 10 mm	PSt + PSp + LL Holmium 12 W 1,6 J 0,6 Hz + stent pancreático
31	Masc	PCC idiopática	2	Cabeza del páncreas	8 mm	St + Sp + EHL + stent pancreático
45	Masc	PCC idiopática	> 3	Cabeza del páncreas	5 mm	St + Sp + LL Holmium 400 4 Hz + stent pancreático
		Segunda sesión	1	Cabeza del páncreas	5 mm	LL Holmium 10 W 8/2 J/Hz + stent pancreático
Paciente	Duración del procedimiento		Efectos adversos		Eliminación completa	Hospitalizaciones posteriores
16 M	2 h 50 min		No		Sí	No
31 M	2 h 55 min		No		Sí	No
45 M	2 h 5 min		No		No	Sí
	2 h 30 min		No		Sí	

Lun236

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PANCREATITIS CRÓNICA POSTERIOR A UN EVENTO DE PANCREATITIS AGUDA

J. Valencia-Chávez, E. V. Rodríguez-Negrete, K. E. Pérez-Reséndiz, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es la enfermedad más frecuente que afecta al páncreas, con una incidencia global de 5 a 80 casos por cada 100 000 personas/año. Se ha informado que el 18% de las personas experimenta recurrencia; 3% a 35% de los pacientes con un primer episodio de PA avanza a la pancreatitis crónica (PC) en un lapso de tres a ocho años. Los resultados encontrados son heterogéneos, sin conocer de manera precisa los factores que se vinculan con el desarrollo de PC, la cual se define como una enfermedad inflamatoria continua del páncreas caracterizada por cambios morfológicos irreversibles y pérdida de la función; afecta la calidad de vida y eleva el riesgo de evolución al cáncer de páncreas en 14,4% a cinco años. En este país no hay estudios que caractericen a los pacientes en riesgo de avance de la enfermedad y por ello es importante llevar a cabo este estudio.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de PC después de un primer episodio de PA en pacientes adultos, además de la incidencia acumulada de PC.

Material y métodos: Pacientes derechohabientes, de 18 años o mayores, pertenecientes al Centro Médico Nacional Siglo XXI, con diagnóstico de PA, ingresados a los servicios de gastroenterología o cirugía general en el periodo de diciembre del 2014 a diciembre del 2022, que contaran con expediente clínico con seguimiento de al menos dos años. Se analizaron las características desde su ingreso por un episodio inicial de PA, así como el seguimiento ambulatorio. Tipo de estudio: cohorte descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Análisis estadístico: de acuerdo con las pruebas de normalidad se utilizaron la prueba de U Mann-Whitney para variables cualitativas ordinales y la ji cuadrada para las categóricas; las variables continuas se informaron como media ± desviación estándar (DE) o mediana con sus rangos intercuartílicos, en tanto que los datos categóricos se expresaron como frecuencias. Para identificar los factores vinculados con la evolución de la PC se efectuaron análisis bivariados, regresión logística y análisis multivariados con base en los factores de riesgo extraídos. Una p < 0,05 se consideró estadísticamente significativa, con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se realizó una revisión en 471 pacientes con el diagnóstico de PA, pero solo 101 cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró que 31 pacientes desarrollaron PC en un promedio de 4,5 ± 2,3 años luego de un cuadro inicial de PA, con una incidencia acumulada del 30,7%. La mayoría de los pacientes que desarrollaron PC correspondió a hombres (58,1%), con una edad de 44,6 ± 14,7 años; el 61,3% tenía tabaquismo, 67,7% alcoholismo, 54,8% sobrepeso, 54,8% PA grave, 58% complicaciones locales, 77,4% pancreatitis aguda recurrente (PAR) y 35% diabetes mellitus 2 o hipertensión arterial

sistémica. Se analizaron todas las variables, tres de las cuales tenían riesgo estadísticamente significativo para el desarrollo de PC: antecedente de PA grave con desarrollo de necrosis (OR = 16,0; IC95%, 2,69-95,75; p = 0,002); PAR (OR = 5,66; IC95%, 1,09-29,32; p = 0,039) y PA de causa idiopática (OR = 7,14; IC95%, 1,07-47,37; p = 0,042) (Tabla 1).

Conclusiones: El desarrollo de PC luego de un episodio inicial de PA es frecuente en esta población. Se identificaron como factores de riesgo el antecedente de PA de causa idiopática, la necrosis pancreática y la PAR. Los hallazgos de este estudio sugieren que en pacientes con PA de moderada a grave, así como de causa no determinada, deben continuar seguimiento y vigilancia a largo plazo. Se necesitan estudios prospectivos en este país para determinar la conducta de seguimiento en este tipo de pacientes con búsqueda dirigida de posibles complicaciones a corto y largo plazos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Análisis multivariado. (Lun236)

Variable	OR	IC95%	p
Alcohol	2,16	0,36-12,98	0,400
Tabaco	10,26	0,83-126,39	0,069
Necrosis	16,06	2,69-95,75	0,002
PAR	5,66	1,09-29,32	0,039
Género (hombre)	3,33	0,66-16,76	0,145
Causas			
Hipertrigliceridemia	3,29	0,500-21,67	0,215
Alcohol	8,56	0,69-105,45	0,094
Idiopática	7,14	1,07-47,37	0,042

IC95%, intervalo de confianza del 95%; OR, odds ratio; PAR, pancreatitis aguda recurrente.

Lun237

RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS CON EL GRADO DE SEVERIDAD SEGÚN ESCALA DE MARSHALL MODIFICADA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA SEVERA

M. S. Cuevas-Maldonado, J. R. Espinoza-Acuña, K. Romero-Gómez, E. G. Salgado-Parra, Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad inflamatoria correspondiente al páncreas exocrino, caracterizada por cursar con una respuesta inflamatoria local y sistémica que exige hospitalización en su presentación aguda; provoca dolor abdominal intenso y disfunción orgánica

múltiple que puede conducir a necrosis pancreática e insuficiencia orgánica persistente, lo cual conduce a una morbilidad significativa a corto y largo plazos. En una minoría significativa ocasiona debilidad prolongada, enfermedad recurrente e insuficiencia pancreática exocrina o endocrina y puede alterar de forma significativa la calidad de vida debido al dolor crónico.

Objetivo: Analizar la relación entre el índice de neutrófilos-linfocitos con la gravedad según la escala de Marshall modificada en pacientes con pancreatitis aguda grave.

Material y métodos: Pacientes adscritos a la población del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en el periodo de marzo de 2022 a marzo de 2023; es un estudio observacional descriptivo de tipo ambispectivo. Variables consideradas: pancreatitis aguda, edad, sexo, escala de Marshall modificada, biometría hemática, neutrófilos, linfocitos, comorbilidad grave e inmunomoduladores. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Mediante una muestra de 88 pacientes se obtuvo una media de edad de 61,3 años con desviación estándar de 13,6, valor mínimo de 32 y máximo de 89. En relación con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, la muestra tuvo comportamiento normal con significancia > 0,05. En relación con la puntuación de la escala de Marshall modificada, el 50% (44) de los pacientes tuvo una puntuación de 2 y esta fue la más frecuente seguida de la de 1 con el 28,4% (25). Con respecto a los neutrófilos y linfocitos se registraron medias de 9,5 y 1,2, medianas de 9,05 y 0,97, desviaciones estándar de 5,10 y 1, valores mínimos de 1,8 y 0,26 y máximos de 30,8 y 7,7, respectivamente. En cuanto al índice neutrófilos/linfocitos se obtuvieron una media de 11,49, mediana de 8,9, desviación estándar de 9,2, valor mínimo de 0,85 y máximo de 51. Se registró un valor de 0,002 para la prueba de Kolmogorov-Smirnov por lo que el índice neutrófilos/linfocitos tiene un comportamiento no normal (Tabla 1).

Conclusiones: El aumento del índice neutrófilos/linfocitos puede explicarse porque, en presencia de una fuente de inflamación considerable, aumenta el número de neutrófilos. Por lo tanto, cuanto mayor es el índice neutrófilos/linfocitos, más grave es la condición del paciente. En este trabajo se encontró un valor de corte de 11,4 para predecir PA grave. El concepto básico de que a medida que la gravedad de la pancreatitis se acentúa, se explica porque se producen cambios en los marcadores inflamatorios que el médico debe observar para prever las complicaciones y el pronóstico de la enfermedad; dichos parámetros son dinámicos y están fácilmente disponibles, ya que se obtienen mediante una biometría hemática, sin necesidad de pruebas radiológicas o invasivas adicionales. En este estudio no se registraron muertes en el grupo de pacientes con PA leve, moderada o grave.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Medidas de tendencia central para el índice neutrófilos/linfocitos. En relación con el índice neutrófilos/linfocitos se obtuvieron una media de 11,49, mediana de 8,9, desviación estándar de 9,2, valor mínimo de 0,85 y máximo de 51. (Lun237)

Índice neutrófilos/linfocitos	
n Válido	87
Perdidos	1
Media	11,4959
Mediana	8,9000
Desviación	9,21619
Varianza	84,938
Intervalo	50,15
Mínimo	0,85
Máximo	51,00

Lun238

DESENLACES CLÍNICOS Y BIOQUÍMICOS DE LA REANIMACIÓN HÍDRICA AGRESIVA VS. REANIMACIÓN HÍDRICA CONSERVADORA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

I. O. Vargas-Olmos, M. Peláez-Luna, M. Pappas-Silveira, G. Capdeville-Jiménez, O. R. Muñoz-Morales, A. Jiménez-Triana, M. J. González-Reynaud, A. L. García-Loera, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La pancreatitis aguda es una de las enfermedades gastrointestinales más frecuentes y críticas, por lo que un adecuado control es fundamental para modificar el pronóstico de los pacientes. Las guías recomiendan una hidratación temprana e intensiva; sin embargo, la evidencia de estas recomendaciones es limitada.

Objetivo: Comparar los desenlaces clínicos y bioquímicos de los pacientes con pancreatitis aguda que reciben reanimación intensiva contra los que reciben reanimación conservadora.

Material y métodos: Se incluyó a 195 pacientes divididos en dos grupos: pacientes que recibieron hidratación intensiva (> 2,5 mL/kg/h) y pacientes que recibieron hidratación conservadora (< 2,5 mL/kg/h) durante las primeras 48 horas de hospitalización. Se realizó una segunda división de grupos basada en el balance hídrico global: reanimación intensiva (> 4 L positivo) y reanimación conservadora (< 4 L positivo) a las 48 horas de hospitalización y tratamiento.

Resultados: Los pacientes con reanimación intensiva tuvieron un aumento menor estadísticamente significativo en el delta de la PCR en comparación con el grupo con reanimación conservadora (+ 5,2 vs. + 6,8; p = 0,035) a las 48 horas de reanimación hídrica. Los sujetos que recibieron reanimación intensiva con un balance global > 4 L a las 48 horas experimentaron un aumento significativamente mayor en el delta de proteína C reactiva a las 48 horas (+ 11,46 vs. + 3,94; p = 0,012) en comparación con el grupo de reanimación conservadora, así como mayor tiempo para el inicio de la vía oral (79,36 vs. 55 h; p = 0,024) y mayor requerimiento de diurético de asa (33,3% vs. 14,8%; p = 0,006).

Conclusiones: La reanimación hídrica intensiva se acompaña de menores valores de delta de la PCR en comparación con la reanimación conservadora, siempre y cuando los pacientes no tengan un balance global hídrico positivo mayor de 4 L a las 48 horas, ya que en este punto los valores de delta de la PCR y de retraso en el inicio de la vía oral son mayores en comparación con los pacientes con un balance global menor de 4 L, además de requerir mayor dosis de diurético de asa.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun239

ÍNDICE NEUTRÓFILO-CREATININA COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD EN PANCREATITIS AGUDA

K. M. Bastida-Guadarrama, V. Hernández-Garza, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un trastorno inflamatorio del páncreas que se caracteriza por dolor abdominal intenso, transitorio, incapacitante y acompañado de alteraciones bioquímicas o de imagen. La mayoría de los pacientes con PA (80%) cursa con una enfermedad leve y autolimitada sin fallas orgánicas y complicaciones locales; hasta el 20% de estos pacientes desarrolla PA grave, que incluye manifestaciones de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y falla orgánica múltiple (FOM). La mortalidad general de la PA es del 5% y esta tasa puede llegar al 25% en los sujetos con PA grave, razón por la cual es importante predecir el curso y la gravedad de la enfermedad en una fase temprana. Se han desarrollado varios sistemas de puntuación para anticipar la gravedad de la PA, pero algunos reflejan la gravedad de la enfermedad en lugar de predecirla y tienen una precisión limitada; en consecuencia, se han desarrollado múltiples índices en búsqueda de predicción de gravedad y desarrollo de complicaciones de la PA. En fecha reciente se ideó el índice neutrófilo-creatinina sobre el fundamento de que la activación de neutrófilos es uno de los primeros sucesos en la pancreatitis aguda y da lugar a valores más altos de neutrófilos al momento del ingreso; asimismo, la elevación de la creatinina al ingreso indica hipoperfusión renal, que se relaciona con fuga a tercer espacio, propia de la fisiopatología de la PA. Se propuso así que el INC puede servir como una prueba eficaz para representar la combinación de respuesta inflamatoria y disfunción orgánica.

Objetivo: Validar el índice neutrófilo-creatinina (INC) como prueba para predecir la gravedad al ingreso o el desarrollo de pancreatitis aguda (PA) con criterios de gravedad en esta población.

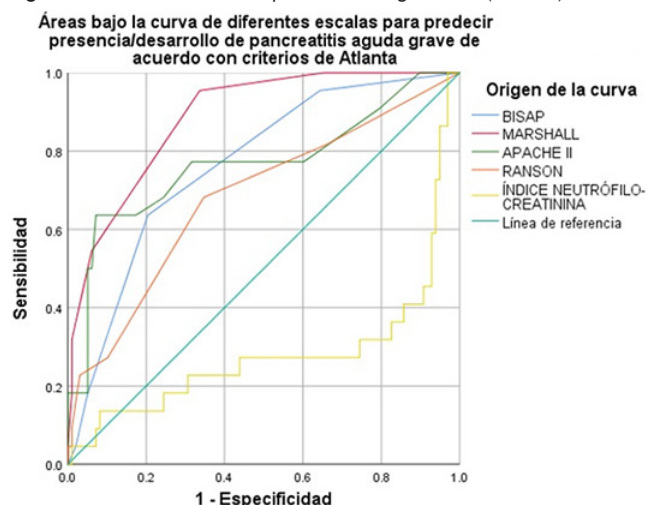
Material y métodos: Estudio observacional y analítico para determinar la utilidad del INC como predictor de gravedad de la PA de acuerdo con los criterios de Atlanta, que incluyó a pacientes que ingresaron entre 2021 y 2024 al servicio de gastroenterología por PA; al ingreso se determinaron diversas escalas predictivas, incluido el INC. Se construyeron curvas ROC y se analizaron las áreas bajo la curva (AUROC). Se consideró significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Se incluyó a 120 pacientes, con 80 (66,7%) hombres y media de edad de $40 \pm 13,7$ años. Distribución etiológica: biliar en 47 (39,2%), alcohol en 32 (26,7%), hipertrigliceridemia en 12 (10%), pos-CPRE en 3 (2,5%), relación con fármacos en 2 (1,7%), infecciosa en 1 (0,8%) y criptogénica en 23 (19,2%). De acuerdo con los criterios de Atlanta, 60 (50%) fueron casos leves, 38 (31,7%) moderadamente graves y 22 (18,3%) graves. El INC fue incapaz de predecir correctamente la presencia o desarrollo de PA grave (AUROC 0,280; IC95%, 0,134-0,426; $p = 0,001$). Las AUROC de las diferentes escalas e índices se muestran en la Figura 1.

Conclusiones: La puntuación de Marshall es la más exacta para predecir presencia o desarrollo de PA grave. A pesar de que otros estudios han propuesto al INC como potencial predictor de presencia o desarrollo de PA grave, en esta población no ha resultado de utilidad y por tanto no se recomienda.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. AUROC de las escalas predictoras de gravedad. (Lun239)



Lun240

ÍNDICE DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR)/ALBÚMINA SÉRICA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD AL INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN POR PANCREATITIS AGUDA

P. M. Diego-Salazar, S. Teutli-Carrión, D. F. Abendaño-Rivera, A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-la-Tijera, D. E. Espinoza-López, K. Cazarín-Chávez, S. A. Vera-Nungaray, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una de las enfermedades más comunes con tasas elevadas de morbilidad y mortalidad. Se utilizan diferentes sistemas de puntuación para determinar la gravedad de esta alteración y, a su vez, las complicaciones. La PCR es un reactivo de fase aguda positiva que producen los hepatocitos en respuesta a marcadores inflamatorios sistémicos como la interleucina 6 (IL-6). La albúmina, por otro lado, es una proteína que reduce sus valores séricos debido a tales sucesos. La pancreatitis aguda desencadena respuestas inflamatorias locales y sistémicas, especialmente en su forma grave, que de forma inevitable podrían afectar a estos marcadores. El uso de este índice para predecir la gravedad de la pancreatitis aguda es muy promisorio debido a la fisiopatología de esta enfermedad.

Objetivo: Determinar si el índice PCR/albumina predice mortalidad en comparación con los sistemas de puntuación establecidos para la gravedad en PA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico y transversal para validar el índice pronóstico. Se incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de PA que ingresaron a hospitalización en el periodo de enero del 2020 a mayo del 2024. Se excluyó a los individuos con antecedente de enfermedad cardiovascular, hepática crónica, renal crónica o procesos malignos. Las variables incluidas fueron edad, sexo, causa de la PA, días de hospitalización y tipo de egreso, además de datos bioquímicos para las puntuaciones: índice en cama para la gravedad de la pancreatitis aguda (BISAP), la fisiológica aguda y evaluación de la salud crónica versión II (APACHE II), clasificación de Glasgow-Imrie (GI), Atlanta, puntuación de Ranson (ingreso, 48 horas y

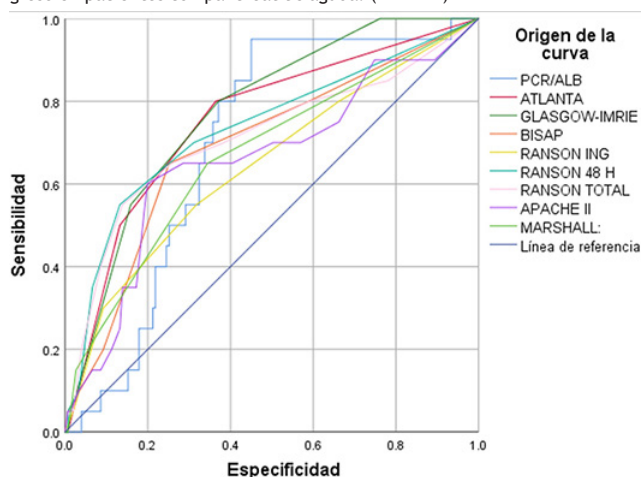
total) y Marshall modificada. El índice PCR/albumina se determinó al dividir el valor total de cada reactivo realizado al ingreso (PCR en mg/dL entre la albúmina en g/dL). Las variables se resumieron mediante estadística descriptiva y se construyó el área bajo la curva (AUROC) con intervalos de confianza al 95% (IC95%); se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 173 pacientes, 66 mujeres (38,1%) y 107 hombres (61,8%), con edad media de $41 \pm 14,02$. Las causas encontradas fueron: 53 (30,6%) biliar, 65 (37,5%) alcohol, 31 (17,9%) metabólica, 4 (2,3%) pos-CPRE, 20 (11,5%) otras. De acuerdo con la clasificación de Atlanta, 101 (58,1%) fueron leves, 42 (24,2%) moderadamente graves y 30 (17,3%) graves. Se determinó PA grave con puntuación de Glasgow-Imrie de 34 (19,6%), BISAP de 18 (10,4%) y Ranson total de 51 (29,4%). Sufrieron falla orgánica establecida con puntuación de Marshall modificada 18 casos (10,4%). Todos los casos de PA tuvieron puntuación menor de 10 con APACHE II. Las defunciones registradas fueron 20 (11,5%). El índice PCR/albumina con puntuación $> 27,38$ tuvo capacidad moderada de predecir mortalidad, S: 80%, E: 66,7% (AUROC de 0,69; IC95%, 0,60-0,79; $p = 0,004$). Glasgow-Imrie mostró capacidad predictiva buena (AUROC de 0,77; IC95%, 0,67-0,87; $p < 0,0001$); Atlanta y Ranson tuvieron buena capacidad predictiva (AUROC de 0,75; IC95%, 0,63-0,87; $p < 0,0001$; AUROC de 0,71; IC95%, 0,57-0,85; $p = 0,002$, respectivamente) (Figura 1). Al comparar los puntos de corte de PCR/albumina con Atlanta se obtuvo S: 75%, E: 64%, VPP: 30%, VPN: 92%, en comparación con Ranson, S: 60%, E: 60%, VPP: 16%, VPN: 92%, y con Glasgow-Imrie, S: 77%, E: 66%, VPP: 36%, VPN: 92%.

Conclusiones: El índice PCR/albumina tiene sensibilidad comparable a la de otras puntuaciones para diferenciar el riesgo de mortalidad al ingreso. Su capacidad predictiva es similar a la de las escalas de Atlanta y Ranson, pero no superior a la de Glasgow-Imrie. Es necesario comparar los valores de PCR/albumina a las 48 h para determinar si es útil para anticipar mortalidad.

Financiamiento: No fue objeto de financiamiento.

Figura 1. Áreas bajo la curva de diferentes predictores de mortalidad al ingreso en pacientes con pancreatitis aguda. (Lun240)



Lun241

DESENLACES A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RELACIONADA A IgG4 DE FENOTIPO PANCREATOBILIAR EN UNA COHORTE MEXICANA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

C. I. Zubía-Nevárez, I. P. Padilla-Betancourt, M. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad relacionada con inmunoglobulina G subclase 4 (ER-IgG4) se presenta como una afección sistémica autoinmunitaria de dos o más órganos (75%). Se calcula que en 87% de los casos tiene afectación pancreatobiliar. La prevalencia informada es de 1 a 2 casos por 100 000. Se ha notificado que cerca de la mitad de los casos sufre una recaída (47,8%). Existe una relación controversial con el desarrollo de procesos malignos en esta alteración. A largo plazo tiene una supervivencia excelente, pero puede desarrollar secuelas consistentes con pancreatitis crónica (5%-10%) como la

insuficiencia pancreática exocrina y endocrina en casi 30%, así como atrofia y calcificaciones.

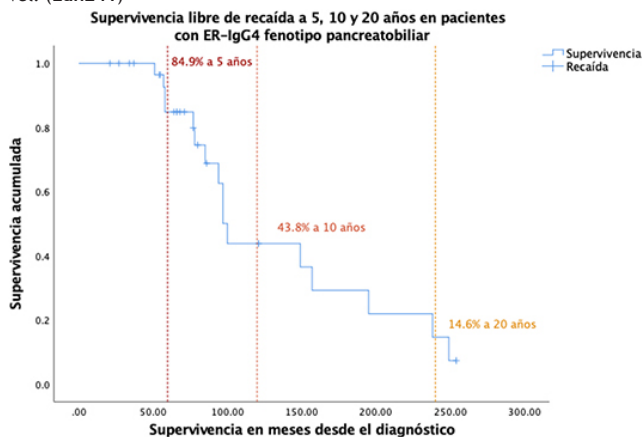
Objetivo: Describir los desenlaces a largo plazo de los pacientes diagnosticados con enfermedad relacionada con IgG4 fenotipo pancreatobiliar.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes diagnosticados con ER-IgG4 (por biopsia o criterios validados acorde a la fecha del diagnóstico) por cinco o más años, en un centro de tercer nivel de México en el periodo 2000-2024. Tipo de estudio: descriptivo, longitudinal y de corte retrospectivo. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades e informe histológico con criterios diagnósticos: relación IgG4/IgG > 50%, > 10 células/campo de gran aumento. Se registraron de manera dicotómica la recaída y la recrudescencia, y se calcularon los meses desde el diagnóstico para el análisis de supervivencia. Análisis estadístico: se describieron medidas de frecuencia y porcentajes. Para la supervivencia y supervivencia sin recurrencia se utilizó el análisis de Kaplan-Meier (*log-rank*); el cociente de riesgo se expresó con *hazard ratio* y U de Mann-Whitney para la comparación entre grupos.

Resultados: De 46 casos con diagnóstico probable de ER-IgG4 durante el periodo investigado, se excluyó a 14 casos y se obtuvo una corte de 32 casos a evaluar. El sexo masculino fue el más prevalente (68,8%) y la media de edad fue de $63,2 \pm 10,5$ años. La diabetes y la hipertensión arterial fueron las comorbilidades más prevalentes con 53,1 y 25,0%, respectivamente. La presentación clínica inicial más frecuente fue ictericia (68,8%). El órgano concomitante afectado fue la vía biliar (53,1%), seguido de adenopatías (50%), sialoadenitis (40,6%) y renal (37,5%). El hallazgo por imagen más prevalente en el plano pancreático fue pseudotumoral, en "salchicha" y focal/segmentario con 46,9%, 28,1% y 15,6%, respectivamente. Más de la mitad de los casos han recaído tras 10 años del diagnóstico (Figura 1). La mediana en meses para la recaída fue de 40 (6-234). La supervivencia global es excelente con 100% a cinco y 10 años. A largo plazo, los pacientes desarrollan insuficiencia pancreática (IP) exocrina en 56,3%, IP endocrina en 46,9%, con una mediana de 39 meses (1-144). Los cambios por imagen más frecuentes fueron atrofia y calcificaciones. El compromiso en "salchicha" representa 5,2 veces más riesgo de recaída ($p = 0,02$).

Conclusiones: La ER-IgG4 tiene una presentación pancreatobiliar en la mayoría de los casos. La mitad de los casos experimentó al menos una recaída. La mediana en meses para la recaída fue de 40 (6-234) y más de la mitad (66,2%) ocurrió dentro de los primeros 10 años. El factor de riesgo relacionado para la recaída fue el cambio en "salchicha" al momento del diagnóstico. No se identificó una relación entre la recaída y el desarrollo de neoplasias; la más frecuente fue de causa renal (12,5%), seguida de pancreática (3,2%). La supervivencia global es excelente con 100% a cinco y 10 años y 85,7% a 20 años. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento alguno.

Figura 1. Supervivencia sin recaída en pacientes con ER-IgG4 a cinco, 10 y 20 años tras el diagnóstico en una cohorte mexicana de un centro de tercer nivel. (Lun241)



Lun242

TUMORES NEUROENDOCRINOS DE LA VÍA BILIAR: SERIE DE CASOS DE UN CENTRO EN MONTERREY, NUEVO LEÓN

J. A. Arce-Hernández, L. Santoyo-Fexas, J. O. Jáquez-Quintana, P. F. Beutels-pacher-Vidales, Hospital Zambrano Hellion, TecSalud

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) de la vía biliar son una entidad poco común y heterogénea dentro del espectro de los cánceres biliares. Se distinguen por originarse en las células neuroendocrinas dispersadas a lo largo del árbol biliar; estos tumores representan desafíos singulares tanto en el diagnóstico como en la atención clínica. Su incidencia es baja en comparación con otros tipos de cáncer biliar, lo cual dificulta la recopilación de datos significativos. En este trabajo se exploran dos casos clínicos inusuales de TNE primarios de la vía biliar, con el objetivo de destacar las características clínicas y los métodos diagnósticos utilizados. A través del análisis de estos casos se busca contribuir al entendimiento actual de los TNE de la vía biliar.

Objetivo: Documentar la experiencia en la presentación clínica y abordaje de estos tumores.

Informe de casos: Se presentan los casos de dos pacientes, uno masculino de 73 años (caso 1) y uno femenino de 48 años (caso 2), ambos con cuadro y evolución menor a una semana con ictericia generalizada, prurito, coluria y acolia, sin dolor abdominal ni pérdida de peso. En la Tabla 1 pueden verse los diferentes hallazgos dentro del abordaje de los pacientes. Una característica de ambos casos fue la colocación de un *stent* biliar metálico autoexpandible no cubierto (SMAE-NC) al confirmarse histológicamente, además de ser una enfermedad metastásica. Ambos pacientes han sufrido múltiples episodios de colangitis debido a la oclusión del SMAE por fibrosis (sin signos de actividad tumoral demostrada por biopsia) con recolocación de *stents* plásticos. En el paciente del caso 1 se identificó a los seis meses después del diagnóstico esclerosis de vías biliares extrahepática e intrahepática con dilatación segmentaria del conducto hepático izquierdo, resuelta con *stent* plástico. Por otro lado, el caso 2, también posterior a cuadros de colangitis a los 18 meses del diagnóstico, mostró esclerosis de la vía biliar intrahepática confirmada por colangioscopia sin requerir colocación de *stent* plástico.

Tabla 1. Hallazgos individuales con sus características. (Lun242)

	Masculino 73 años (caso 1)	Femenina 48 años (caso 2)
TAC abdominal contrastada	Masa a nivel de hilio hepático	Lesiones hipodensas hepáticas + dilatación de vía biliar intrahepática
Colangiorresonancia	Lesiones nodulares en segmento hepático V que causan compresión de vía biliar intrahepática e interrupción parcial del colédoco	Estenosis subtotal del hepático común y masa en segunda porción del duodeno que comprime el hepático común
BT/BD/BI	9,23/5,4 /3,77	7,98/6,45/1,53
FA/AST/ALT	517/178/314	312/49/139
Marcadores tumorales	ACE y CA 19-9 normales	ACE 182,95, Ca-19 normal
CPRE	Estenosis de 2 cm a nivel del colédoco debajo de hepático común; se realiza cepillado biliar y biopsias y se coloca <i>stent</i> biliar plástico	Estenosis a nivel del conducto hepático común más colodoscopia con biopsia más colocación de <i>stent</i> biliar plástico
Diagnóstico anatomopatológico	Carcinoma del conducto biliar con componente neuroendocrino bien diferenciado G1 Ki67 5%	Carcinoma neuroendocrino G3
Estado actual	ECOG 1 Karnofsky 90% TEP-TC con Ga68-dotatate, con actividad metastásica periférica en lóbulo hepático derecho	ECOG 3 Karnofsky 50% TEP-TC con Ga68-dotatate sin actividad de enfermedad metastásica

Discusión: Los TNE de la vía biliar son una entidad rara. Los síntomas se relacionan sobre todo con el crecimiento del tumor, la invasión de estructuras adyacentes o las metástasis, no tanto con la secreción de hormonas y péptidos vasoactivos. Los síntomas más comunes publicados son ictericia y prurito. En estos casos descritos, los pacientes se presentaron con ictericia de corta evolución con menos de una semana, además del contar con un CA 19-9 normal. El diagnóstico preoperatorio es un desafío, tal y como se observó en esta serie de casos. Solo fue posible mediante toma de biopsias guiada por punción endosonográfica y a través de visualización directa por coledoscopia. El enfoque terapéutico es diverso, desde resección completa del tumor en enfermedad localizada hasta el uso de análogos de somatostatina en la enfermedad metastásica, además del control endoscópico de la obstrucción biliar con *stent* biliar.

Conclusiones: El diagnóstico de los TNE de la vía biliar requiere un abordaje y control multidisciplinario, con estudios de CPRE y colangioscopia con biopsia e inmunohistoquímica, además de estudios de imagen específicos como TEP-TC con G68-dotatate para valorar actividad tumoral. Una característica de los casos presentados fueron los episodios recurrentes de colangitis con oclusión del SMAE por el desarrollo de esclerosis de la vía biliar intrahepática y extrahepática, algo no descrito antes en la evolución de esta estirpe de tumor de la VB, por lo que no son los pacientes ideales para el uso de SMAE por la imposibilidad de removerlos o recambiarlos.

Financiamiento: No se contó con apoyo financiero.

Lun243

FACTORES DE RIESGO PARA ESTEATOSIS PANCREÁTICA EN POBLACIÓN MEXICANA

J. P. Ochoa-Maya, E. V. Rodríguez-Negrete, M. G. López-Sánchez, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La esteatosis pancreática se define como la acumulación de grasa en el páncreas y se debe a diversas causas. Se describió por primera vez en 1926; sin embargo, hasta la fecha aún se estudia su importancia clínica, así como su participación en el desarrollo de otras enfermedades. Se ha informado una prevalencia aproximada del 33% en la población general, es independiente de la edad y el género y se vincula con hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico. Un estudio de Weng *et al.* realizado en la población china identificó que los hombres menores de 55 años, la esteatohepatitis no alcohólica, la obesidad, el síndrome metabólico y la dislipidemia son factores de riesgo para el desarrollo de esteatosis pancreática. En México no existen estudios epidemiológicos que informen la prevalencia de esteatosis pancreática en pacientes sanos o con síndrome metabólico, así como protocolos que identifiquen factores de riesgo en la población mexicana.

Objetivo: Determinar si la edad, el género, la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad de grados 1, 2 o 3, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la dislipidemia o el síndrome metabólico son factores de riesgo para el desarrollo de esteatosis pancreática.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo, longitudinal, analítico, unicéntrico y comparativo. Se incluyó a pacientes a partir del 1 de enero del 2023 y hasta el 30 de junio del 2023 que fueron objeto de un estudio de imagen abdominal (tomografía de abdomen simple, tomografía de abdomen contrastada, resonancia magnética de abdomen) en el servicio de radiología e imagen de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMA), Hospital de Especialidades, del Centro Médico Nacional (CMN) Siglo XXI.

Resultados: Se analizó un total de 164 casos, con el mismo porcentaje de mujeres y hombres, una media de edad de 62 años (RIQ 47-71) y una media de índice de masa corporal de 27,18 (RIQ 23,56-30,85). La prevalencia calculada de esteatosis pancreática en este estudio fue del 51,8%. Por medio del análisis bivariado se comparó la presencia y ausencia de esteatosis pancreática respecto de diferentes variables, y se observó que la diabetes mellitus tipo 2 ($p = 0,000$), la hipertensión arterial ($p = 0,012$), la dislipidemia ($p = 0,000$) y el síndrome metabólico ($p = 0,000$) tuvieron significancia estadística, no así el género ($p = 0,274$), el IMC ($p = 0,184$) ni tampoco la esteatosis hepática. Se realizó análisis multivariado para las variables que tenían significancia estadística; con lo anterior se determinó que la dislipidemia ($p = 0,039$; OR 4,76; IC95%, 1,08-20,90), el síndrome metabólico ($p = 0,000$; OR 11,47; IC95%, 2,89-44,12) y la edad mayor de 55 años ($p = 0,001$; OR 4,5; IC95%, 1,88-1 079) son factores de riesgo identificados para el desarrollo de esteatosis pancreática (Tabla 1).

Tabla 1. Regresión logística. (Lun243)

Variable	p	OR	IC95%
Diabetes mellitus	0,895	1,06	0,395-2,89
Hipertensión arterial	0,219	0,565	0,228-1,40
Dislipidemia	0,039	4,76	1,08-20,90
Sx metabólico	0,000	11,47	2,98-44,12
Edad > 55 años	0,001	4,5	1,88-10,79
Género (m)	0,282	1,53	0,704-3,35

Conclusiones: En este estudio se identificó que la dislipidemia, el síndrome metabólico y la edad mayor de 55 años son factores de riesgo para el desarrollo de esteatosis pancreática.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para realizar este trabajo.

Lun244

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL DIAGNÓSTICO Y LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS. NO TODO FUE NEGATIVO

A. I. Tornel-Avelar, Y. Domínguez-Novoa, J. Iglesias-García, J. Lariño-Noia, X. Martínez-Seara, J. E. Domínguez-Muñoz, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La pandemia por COVID-19 generó demoras en las consultas médicas y ello afectó el diagnóstico de neoplasias gastrointestinales en fases tempranas y provocó desenlaces clínicos desfavorables. La influencia antes, durante y después de la pandemia en el cáncer de páncreas no se ha definido bien.

Objetivo: Evaluar el efecto de la pandemia en el diagnóstico y la mortalidad de los pacientes con cáncer de páncreas (CP).

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo y transversal con uso de un registro de ultrasonidos endoscópicos (USE) del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, España. Se incluyó a pacientes diagnosticados con CP entre 2018 y 2022, y se compararon las cohortes según el estadio al diagnóstico y la mortalidad antes (2018-2019), durante (2020) y después de la pandemia (2021-2022). Los datos se presentan como medias $\pm$ desviación estándar o medianas con rango intercuartílico (RIC) para variables cuantitativas, y las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes. La relación entre variables categóricas se analizó con ji cuadrada o prueba exacta de Fisher, y las variables numéricas con la prueba U de Mann-Whitney. Las tasas de mortalidad se analizaron mediante regresión de Cox (Kaplan-Meier).

Resultados: De los 11 161 USE realizados en el periodo de estudio, se incluyó a 299 pacientes con CP (edad media de 70,7 años [RIC 36-89], 49,2% de hombres). Hasta 51 (17,1%) eran resecables, 29 (9,7%) limítrofes, 107 (35,8%) localmente avanzados y 112 (37,4%) metastásicos. El número de procedimientos de USE aumentó significativamente durante el periodo de estudio, y fue mayor después de la pandemia (mediana de 2 064 [2018-2020] vs. 2 503 [2021-2022]; $p = 0,049$). Entre los periodos de estudio, los pacientes diagnosticados en etapa resecable antes (15,8%) y durante la pandemia (7,8%) fueron menores en comparación con el periodo posterior (24%; $p = 0,012$). Los pacientes diagnosticados en etapa metastásica de CP antes (44,6%) y durante la pandemia (41,6%) fueron mayores respecto del periodo posterior (28,9%); $p = 0,039$. No se hallaron diferencias en cuanto a casos limítrofes ($p = 0,383$) o localmente avanzados ($p = 0,449$). La tasa de mortalidad general anterior a la pandemia fue del 96%, similar al periodo de pandemia (97%), y descendió en el periodo posterior a 76,9% ($p < 0,001$). En el análisis de Kaplan-Meier, la tasa de supervivencia fue mayor en el periodo posterior a la pandemia (HR 0,82 [0,71-0,94]; $p = 0,006$) (Figura 1).

Conclusiones: Después de la pandemia por COVID-19, el número de casos resecables de CP aumentó, mientras que el número de casos metastásicos se redujo, probablemente debido a un mayor número de USE efectuados. Este incremento de la detección temprana mejoró el pronóstico de los pacientes con CP luego de la pandemia, lo que demuestra que no todos los efectos de la pandemia fueron negativos.

Financiamiento: Beca de perfeccionamiento en el extranjero concedida por la AMG 2023.

Figura 1. Efecto de la pandemia en la mortalidad del cáncer de páncreas. (Lun244)

