



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgm



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 16 de noviembre de 2025

Esófago

Dom066

EFFECTIVIDAD DEL PUNTAJE LOK Y EVENDO COMO PREDICTOR DE VÁRICES ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA

D. F. Abendaño-Rivera, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, P. M. Diego-Salazar, H. S. Demarino-Herrera, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática crónica tiene una prevalencia global en aumento, por lo cual es importante identificar de manera oportuna a los pacientes en riesgo de complicaciones tempranas, como la hemorragia variceal secundaria a hipertensión portal. Aunque la elastografía transitoria es una herramienta útil para evaluar la fibrosis y sus complicaciones, su disponibilidad es todavía limitada en muchos entornos. En este contexto, las puntuaciones LOK y Evendo, basadas en parámetros clínicos y de laboratorio, se han validado como métodos no invasivos para predecir la presencia de várices esofágicas. Estas herramientas pueden mejorar la estratificación del riesgo y apoyar la toma de decisiones clínicas.

Objetivo: Evaluar la capacidad predictiva de las puntuaciones LOK y Evendo, individualmente y en combinación, para identificar várices esofágicas diagnosticadas por endoscopia en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de casos y controles en el Servicio de Endoscopia del Hospital General de México Eduardo Liceaga entre enero y junio de 2025. Se incluyó a 200 pacientes sometidos a una endoscopia digestiva alta: 100 casos con diagnóstico de cirrosis y várices esofágicas confirmadas por endoscopia, y 100 controles sin cirrosis ni evidencia de várices. Todos los pacientes contaban con datos clínicos y de laboratorio completos para calcular las puntuaciones LOK y Evendo. Se excluyó a los pacientes con datos incompletos o anomalías que pudieran interferir con las puntuaciones. Los datos se analizaron con el programa R Studio (versión 4.2.3). Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar la muestra. La relación entre las puntuaciones LOK, Evendo y la presencia de várices esofágicas se evaluó mediante la prueba χ^2 . Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y área bajo la curva (AUC) para cada puntuación y su combinación, con uso del análisis de curvas ROC en R. Se estableció un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: De los 100 pacientes con cirrosis incluidos, el 68% había presentado alguna descompensación previa y la causa más frecuente fue MASLD

(43%), seguida de alcohol (33%), MetALD (9%), autoinmune (8%) y viral (7%). La media de MELD fue de 15 ± 6 puntos. Según la clasificación de Child-Pugh, el 30% correspondió a la clase A, 40% a la clase B y 30% a la C. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre una puntuación Evendo > 5 y la presencia de várices esofágicas ($\chi^2 = 73,46$, $p < 0,001$), con un *odds ratio* (OR) de 27,93 (IC95%: 11,87-78,43). De forma similar, una puntuación LOK $> 0,65$ mostró una relación significativa ($\chi^2 = 100,26$, $p < 0,001$), con un OR de 44,96 (IC95%: 19,29-120,96). En cuanto al rendimiento diagnóstico, ambas puntuaciones demostraron alta precisión, con un área bajo la curva (AUC) muy buena para Lok y Evendo, y mejor capacidad predictiva al combinarla (Figura 1). La puntuación Evendo > 5 mostró una sensibilidad del 94% (IC95%, 0,87-0,98), especificidad del 65% (0,55-0,74), valor predictivo positivo (VPP) del 73% (0,64-0,80) y valor predictivo negativo (VPN) del 92% (0,83-0,97). Por su parte, el LOK $> 0,65$ alcanzó una sensibilidad del 78% (0,69-0,86), especificidad del 93% (0,86-0,97), VPP del 92% (0,84-0,97) y VPN del 81% (0,72-0,88). **Conclusiones:** Las puntuaciones LOK y Evendo son herramientas no invasivas y precisas para predecir várices esofágicas, con un rendimiento diagnóstico elevado. Su combinación optimiza la capacidad predictiva y para el tamizaje en la práctica clínica, especialmente en entornos con recursos limitados.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom067

RELACIÓN DEL RESULTADO HISTOLÓGICO CON PATRONES DE DESCRIPCIÓN ENDOSCÓPICA EN SOSPECHA DE ESÓFAGO DE BARRETT

E. J. Medina-Ávalos, S. Teutli-Carrión, R. Y. López-Pérez, M. I. Torres-Ruiz, D. Muñoz-Fuentes, P. J. Montero-García, J. C. Silis-Cravioto, Hospital General de México

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es un trastorno adquirido en el que el epitelio del esófago distal se transforma en epitelio intestinal especializado y su diagnóstico requiere confirmación histopatológica. Las técnicas como la cromoendoscopia digital y vital, junto con el aumento de imagen, mejoran la visualización de la mucosa y hacen posible identificar con mayor precisión áreas sospechosas mediante la observación de mucosa y vasos superficiales. **Objetivo:** Describir la frecuencia y relación entre el patrón superficial de la mucosa y la sospecha endoscópica de esófago de Barret y su resultado histopatológico.

Dom069

ERGONOMÍA ENDOSCÓPICA CON ENFOQUE DE GÉNERO EN MÉDICOS RESIDENTES EN FORMACIÓN

A. M. Mijangos-Trejo, C. J. Toranzo-González, N. E. Aguilar-Olivos, F. Rojas-Mendoza, Médica Sur

Introducción: La enseñanza de los principios ergonómicos en la práctica endoscópica rara vez se incorpora de manera sistemática en la formación médica. Diversos estudios realizados en distintos países durante las últimas décadas han revelado una prevalencia elevada de lesiones musculoesqueléticas entre los médicos que realizan procedimientos endoscópicos, con tasas que varían entre 29% y 89%, según lo informado en múltiples publicaciones. Al parecer, las mujeres son más susceptibles a tener lesiones musculoesqueléticas.

Objetivo: Describir los hábitos ergonómicos por género, así como la frecuencia de síntomas indicativos de lesiones musculoesqueléticas de médicos en formación endoscópica.

Material y métodos: Se aplicó una encuesta a médicos residentes en formación en endoscopia gastrointestinal, la cual incluyó preguntas sobre datos demográficos, preferencias personales en estilos y técnicas endoscópicas, además de la presencia de síntomas indicativos de lesiones relacionadas con la práctica endoscópica. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Los datos obtenidos se analizaron mediante medidas de frecuencia para calcular porcentajes, medias y desviaciones estándar. Para evaluar diferencias entre grupos se utilizó la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se realizó una encuesta a 27 médicos residentes de endoscopia gastrointestinal pertenecientes a diferentes instituciones médicas. El 59,3% correspondió a hombres, con una edad promedio de 32,1 años ($\pm 1,9$). En la **Tabla 1** se detallan las preferencias ergonómicas registradas. El 74,1% de los encuestados refirió dolor desde el inicio de la residencia y las localizaciones más frecuentes fueron las manos/dedos (25,9%) y las muñecas (25,9%). También se informaron molestias en hombros (14,8%), región lumbar (14,8%) y espalda alta (14,8%). Ante la presencia de dolor, sólo el 40,7% manifestó tomar descansos durante la jornada y un 11,1% requirió el consumo de analgésicos. Todas las mujeres encuestadas refirieron algún tipo de dolor, en comparación con el 43,5% de los hombres ($p = 0,022$). Asimismo, el 74,1% consideró que el tamaño del endoscopio no se adaptaba de modo adecuado a sus manos, sobre todo entre las mujeres (54,5%) en comparación con los hombres (6,3%) ($p = 0,009$). No se identificaron diferencias entre quienes sufrieron dolor y quienes no, en relación con el número de procedimientos

realizados, el tipo de agarre del endoscopio, la práctica de ejercicio con pesas o la realización de calentamiento físico.

Conclusiones: Las mujeres señalaron con mayor frecuencia dolor vinculado con la práctica endoscópica en comparación con los hombres, así como una inadecuada adaptación del tamaño del endoscopio a sus manos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom070

USO DEL FIB-4 PARA PREDECIR ETIOLOGÍA VARICEAL EN PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

L.A. González-Torres, C. E. González-Martínez, C. A. Cortez-Hernández, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El sangrado del tubo digestivo alto (STDA) representa uno de los padecimientos más comunes en gastroenterología. Se divide en variceal (STDAV) y no variceal (STDANV). El tratamiento preendoscópico de ambos tipos difiere, por lo que identificar la causa en fase temprana es importante. Las escalas no invasivas de fibrosis como FIB-4 se han utilizado con éxito para predecir la probabilidad de fibrosis avanzada e hipertensión portal en los pacientes ambulatorios. Utilizarlos para reconocer el origen variceal en pacientes con STDA resulta una opción novedosa.

Objetivo: Valorar el rendimiento de FIB-4 para predecir etiología variceal en pacientes con STDA, al ingreso hospitalario y a las 24 horas y comparar su rendimiento respecto de APRI e índice-LOK.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes ingresados por STDA, sin diagnóstico previo de hepatopatía crónica ni estigmas a la exploración física de hepatopatía crónica. Se registró información demográfica, clínica y laboratorio de los pacientes a su ingreso y a las 24 horas y se calcularon los índices FIB-4, APRI e I-LOK en estos periodos. Con posterioridad se confirmó la causa en la endoscopia y se clasificó a los pacientes en dos grupos, STDANV y STDAV. Mediante el uso de curvas ROC se determinó el área bajo la curva (AUC) de estos índices para predecir la etiología variceal y se utilizó el índice de Youden para encontrar el punto de corte con mejor rendimiento.

Resultados: Se incluyó a 94 pacientes con STDA, 53 de ellos hombres (56,4%). Se identificó una causa variceal en 15 pacientes (16%). Al ingreso, el punto de corte ideal mediante FIB-4 fue una puntuación $> 2,13$ (S, 80%; E,

Tabla 1. Hábitos ergonómicos de los residentes encuestados divididos por género. (Dom069)

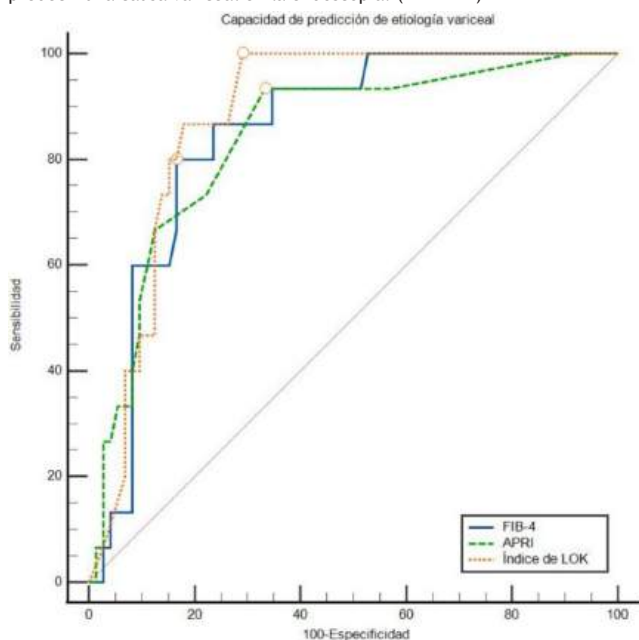
Variable	Total n = 27 (%)	Hombres n = 16 (%)	Mujeres n = 11 (%)	p
Nivel de la cama en panendoscopia				
A la altura de la cadera	17 (63%)	8 (50%)	9 (81,8%)	0,26
Debajo de la cadera	3 (11,1%)	3 (18,7%)	0 (0%)	
Arriba de la cadera	7 (25,9%)	5 (31,3%)	2 (18,2%)	
Nivel de la cama en colonoscopia				
A la altura de la cadera en colonoscopia	23 (85,2%)	14 (87,6%)	9 (81,8%)	0,99
Debajo de la cadera en colonoscopia	2 (7,4%)	1 (6,2%)	1 (9,1%)	
Arriba de la cadera en colonoscopia	2 (7,4%)	1 (6,2%)	1 (9,1%)	
Altura de la pantalla				
A la altura de la vista	26 (96,3%)	15 (93,7%)	11 (100%)	0,99
Arriba de la vista	1 (3,7%)	1 (6,3%)	0 (0%)	
Posición del cordón del endoscopio				
Cordón del endoscopio detrás del antebrazo	5 (18,5%)	4 (25%)	1 (9,1%)	0,618
Cordón del endoscopio dentro del antebrazo	22 (81,5%)	12 (75%)	10 (90,9%)	
Mano predominante para mover cremallera menor				
Derecha	3 (11,1%)	0 (0%)	3 (27,3%)	0,056
Izquierda	24 (88,9%)	16 (100%)	8 (72,7%)	

86%; AUC 0,857; $p \leq 0,001$; VPP 53,25%; VPN 95,79%), el de APRI fue $> 0,2$ (S, 93%; E, 67,09%; $p \leq 0,001$; AUC 0,846; VPP: 34,99%; VPN: 98%), el del índice de Lok fue $> 0,48$ (S, 100%; E, 70,83%; $p \leq 0,001$; AUC 0,880; VPP 39,5%; VPN 100%). A las 24 horas, el punto de corte ideal mediante FIB-4 fue $> 2,65$ (S, 100%; E, 86,08%; AUC 0,918; VPP: 57,25%; y VPN: 100%) y el de APRI $> 0,3$ (S, 100%; E, 82,8%; AUC 0,934; VPP: 52,55% y VPN: 100%). Se efectuó un análisis comparativo de las curvas ROC al ingreso entre las escalas de FIB-4, APRI y el índice de LOK sin encontrar diferencias significativas (Figura 1).

Conclusiones: El FIB-4 mostró utilidad para evaluar a pacientes con STDA, con buen rendimiento diagnóstico. Al ser una prueba con buena sensibilidad puede utilizarse para descartar con seguridad la causa variceal en estos pacientes y dirigir el tratamiento preendoscópico. Frente al FIB-4, el APRI y el índice de Lok mostraron rendimiento comparable. El rendimiento de FIB-4 mejoró a las 24 horas del ingreso, así como el de APRI y el del índice de LOK. Esto probablemente se debe a la redistribución de volumen en pacientes con STDA, con reducción del número de plaquetas después de la reanimación a un valor más “real” para los pacientes. Los parámetros empleados para calcular estos índices se obtienen de forma sistemática en el abordaje de pacientes con STDA, lo que da pie a incluirlos dentro del abordaje diagnóstico para ayudar a determinar la causa en casos dudosos y guiar el tratamiento preendoscópico.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curvas ROC de los índices no invasivos de fibrosis al ingreso para predecir una causa variceal en la endoscopia. (Dom070)



Dom071

¿DÓNDE SE EQUIVOCA LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA? ANÁLISIS POR TIPO DE LESIÓN

L. I. Gallardo-González, D. B. Lorenzo-Valle, J. C. Silis-Cravioto, M. F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La inteligencia artificial (IA) ha emergido como una herramienta de apoyo diagnóstico en la endoscopia digestiva, con resultados prometedores. Sin embargo, su precisión puede variar según sea el tipo de hallazgo. Por lo tanto, resulta relevante evaluar en qué contextos la inteligencia artificial tiene mayores aciertos o fallos, ya que esto puede proporcionar información valiosa para su implementación responsable en la práctica clínica.

Objetivo: Identificar las áreas de mayor discrepancia entre el diagnóstico realizado por la inteligencia artificial (IA) y el juicio clínico humano.

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente 100 reportes de panendoscopias digestivas altas, con ocho imágenes cada una. Se utilizó un

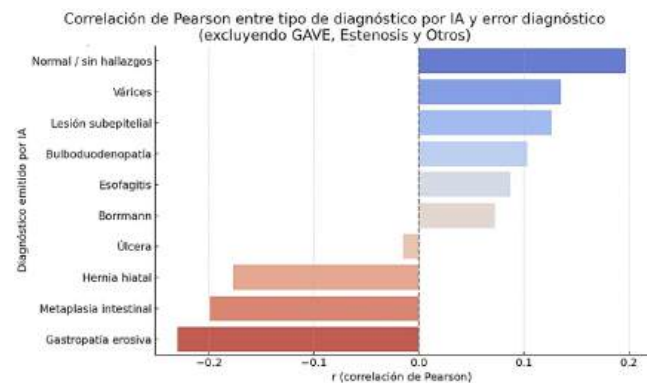
modelo de IA (ChatGPT, OpenAI) para emitir diagnósticos endoscópicos basados en dichos estudios. Los diagnósticos generados por la IA se registraron en texto libre, junto con los diagnósticos reportados por los endoscopistas. Para reducir la variabilidad semántica y terminológica entre los diagnósticos endoscópicos emitidos por IA y los realizados por endoscopistas humanos, se definieron 13 claves diagnósticas: 1) vórices esofágicas, 2) esofagitis, 3) hernia hiatal, 4) gastropatía erosiva/gastritis, 5) normal/sin hallazgos, 6) otro/procedimientos, 7) úlcera, 8) Borrmann, 9) GAVE, 10) lesión subepitelial, 11) metaplasia intestinal, 12) bulboduodenopatía, 13) estenosis. Esta estrategia permitió una comparación más precisa, al eliminar la discrepancia causada por diferencias de redacción, sin perder la esencia clínica del hallazgo. Para identificar los tipos de hallazgos en que la IA se equivocó con mayor frecuencia se aplicó un análisis de correlación de Pearson entre cada clave diagnóstica emitida por la IA y la variable “error diagnóstico”, definida como la ausencia total de coincidencia entre el diagnóstico de la IA y el del endoscopista humano. Los coeficientes obtenidos (r de Pearson) permitieron identificar qué claves diagnósticas estuvieron más acompañadas de errores (valores positivos) o de concordancias (valores negativos) y aportar información sobre el desempeño diferencial de la IA de acuerdo con el tipo de hallazgo endoscópico.

Resultados: Se encontró una concordancia diagnóstica del 34%. El error diagnóstico se relacionó principalmente con estudios considerados normales por el endoscopista ($r = +0,197$), vórices esofágicas ($r = +0,135$), lesiones subepiteliales ($r = +0,126$) y bulboduodenopatías ($r = +0,103$). Las lesiones inflamatorias leves, como esofagitis, también mostraron relación positiva con error ($r = +0,087$). En contraste, las lesiones más evidentes mostraron mejor concordancia, como hernia hiatal ($r = -0,177$) y úlceras ($r = -0,015$). Véase la Figura 1.

Conclusiones: La concordancia del 34% entre la IA y los endoscopistas revela limitaciones notables cuando se utilizan modelos no entrenados específicamente para el diagnóstico endoscópico. La IA mostró mayor error en estudios con hallazgos sutiles, posiblemente por confusiones visuales con pliegues o sombras y mejor desempeño en lesiones estructurales como hernias y úlceras. Estos hallazgos refuerzan que, si bien promisoría, la IA no debe reemplazar al juicio clínico y sólo debe usarse con modelos validados para esta finalidad.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para la realización de este trabajo.

Figura 1. Correlación de Pearson entre los diagnósticos emitidos por inteligencia artificial (IA) y la probabilidad de error diagnóstico. Se observó mayor relación con error en estudios interpretados por la IA como normales, vórices o lesiones subepiteliales. Por el contrario, la IA mostró mejor concordancia en hallazgos estructurales como úlcera y hernia hiatal. Se excluyeron categorías de baja frecuencia (GAVE, estenosis y procedimientos). (Dom071)



Dom072

RELACIÓN ENTRE FACTORES CLÍNICOS-ENDOSCÓPICOS Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES EN ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

P. M. Diego-Salazar, D. F. Abendaño-Rivera, K. Cazarín-Chávez, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, M. F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es altamente prevalente y representa una causa frecuente de consulta en gastroenterología. A pesar de que los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son el tratamiento de primera línea, se calcula que hasta un 30% de los pacientes no responde de manera adecuada. Esta investigación busca identificar factores clínicos predictores de respuesta terapéutica, en especial en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar los factores clínicos, endoscópicos y fisiológicos relacionados con la respuesta al tratamiento con IBP en pacientes con ERGE.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, de tipo casos y controles, realizado en el Hospital General de México. Se analizaron 283 expedientes de pacientes con diagnóstico confirmado de ERGE (endoscópico o por pH-impedancia de 24 horas). La respuesta clínica se evaluó con el cuestionario GERD-Q tras ocho a 12 semanas de tratamiento con IBP (0-7 puntos, mala respuesta; 8-18 puntos, buena respuesta). Se analizaron variables clínicas, endoscópicas y funcionales mediante pruebas bivariadas y regresión logística.

Resultados: Del total de pacientes, el 63,6% se clasificó con ERGE no erosiva y el 36,4% con ERGE erosiva. La tasa global de buena respuesta al tratamiento fue del 59%. Al analizar por fenotipo, los pacientes con ERGE erosivo mostraron una mayor tasa de respuesta (74,8%) en comparación con aquellos con ERGE no erosivo (25,2%), con una relación estadísticamente significativa (OR 2,96; IC95% 1,74-5,04; $p < 0,001$). En el subgrupo con ERGE no erosiva, los pacientes con mayor número de episodios de reflujo y mayor impedancia basal nocturna tuvieron mejor respuesta al tratamiento, con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,048$ y $p = 0,039$, respectivamente). La regurgitación y la disfagia se correlacionaron con estos parámetros fisiológicos, mientras que otros síntomas típicos como pirosis o dolor torácico no mostraron nexo con la respuesta a IBP.

Conclusiones: El fenotipo de ERGE erosiva se identificó como un factor clínico pronóstico favorable para la respuesta a IBP. En pacientes con ERGE no erosiva, los valores de pH-impedancia permiten identificar subgrupos con mayor probabilidad de respuesta, lo cual podría optimizar el abordaje diagnóstico-terapéutico. La integración de síntomas clínicos con parámetros funcionales resulta clave para una estrategia de tratamiento personalizada en ERGE.

Financiamiento: Ninguno.

Dom073

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS Y PERFIL CLÍNICO DEL LINFOMA GASTROINTESTINAL EN EL IGSS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

E. S. Hernández-Musus, D. R. Rosales-López, B. Sánchez, L. D. Paz-García, Grupo colaborativo: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Introducción: El linfoma gastrointestinal (LGI) es el linfoma extranodal más frecuente y representa 4% a 20% de todos los linfomas extranodales y hasta un 5% de las neoplasias digestivas primarias. Sus presentaciones clínicas son inespecíficas y variadas, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. Los principales subtipos incluyen el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) y el linfoma MALT, este último altamente vinculado con *Helicobacter pylori*. El diagnóstico se basa en hallazgos endoscópicos, histopatología e inmunohistoquímica. En Guatemala no existen estudios previos que describan la experiencia local sobre esta afección.

Objetivo: Describir las características clínicas, epidemiológicas, endoscópicas e histopatológicas de los pacientes diagnosticados con linfoma gastrointestinal primario atendidos en el IGSS, así como su tratamiento y desenlace.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico realizado en el IGSS entre enero de 2023 y enero de 2025. Se incluyó a pacientes con diagnóstico histopatológico de linfoma primario gastrointestinal (DLBCL y MALT), con evaluación clínica, endoscópica y tratamiento documentado. Se analizaron variables demográficas, bioquímicas, hallazgos endoscópicos, histología, marcadores inmunohistoquímicos, presencia de *Helicobacter pylori*, tratamiento y evolución clínica.

Resultados: Se incluyó a 11 pacientes (10 hombres) (Tabla 1), con mediana de edad de 57 años. El 54,5% consultó por hemorragia digestiva alta y el 45,5% por dolor abdominal. El sitio más afectado fue el antro gástrico (36,4%), seguido del intestino delgado (27,3%). La presentación endoscópica más frecuente fue la lesión exofítica y ulcerativa. El 90,9% correspondió a linfomas DLBCL y el 9,1% a MALT. El *Helicobacter pylori* fue positivo en 45,5% de los casos. El 54,5% recibió quimioterapia con R-CHOP y 36,4% requirió

Tabla 1. Características clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes con linfoma gastrointestinal primario. (Dom073)

Caso	Edad	Sexo	Procedencia	Motivo de consulta	Síntomas de duración	Patología	Localización	H. Pylori	Quimioterapia	Cirugía	Duración de seguimiento	Resultado de la enfermedad
1	49	M	Guatemala	HGIS	10 d	DLBCL	C+F	Positivo	R CHOP	-	1	M
2	86	M	Guatemala	HGIS	14 d	DLBCL	A	Positivo	R CHOP	-	1	V
3	63	M	Guatemala	DA	3 días	DLBCL	ID	No realizado	R CHOP	RI	5	M
4	66	M	Quetzaltenango	DA	7 d	DLBCL	C	No realizado	R DA EPOCH	RI	2	V
5	57	F	Quetzaltenango	DA	1 semana	DLBCL	A	Positivo	Otros	GP	4	V
6	60	M	Guatemala	DA	1 semana	DLBCL	IM	No realizado	Pola/B-CHOP	-	4	V
7	33	M	Suchitepequez	HGIS	4 d	DLBCL	ID	No realizado	R CHOP	RI	9	V
8	89	M	Guatemala	HGIS	10 d	DLBCL	A	Positivo	R MINI CHOP	-	3	V
9	49	M	Guatemala	HGIS	18 d	MALT	A	Positivo	CHOP	GP	12	V
10	31	M	Santa Rosa	DA	2 semanas	DLBCL	IM	No realizado	ST	-	2	M
11	46	M	Guatemala	HGIS	20 días	DLBCL	ID	No realizado	Pola R CHOP	-	11	M

M, masculino; F, femenino; HGIS, hemorragia gastrointestinal superior; DA, dolor abdominal; DLBCL, linfoma difuso de células grandes B; MALT, linfoma relacionado con mucosa tipo Malt; C + F, cuerpo + fondo gástrico; A, antro gástrico; IM, intestino medio; C, colon; ID, intestino delgado; Pola, polatuzumab; RI, recesión intestinal; GP, gastrectomía parcial; M, muerto; V, vivo.

cirugía adyuvante. La mortalidad global fue del 36,4%, en relación con edad menor, HGIS, linfomas de alto grado, KI-67 elevado y estadios avanzados.

Conclusiones: Este es el primer estudio guatemalteco que caracteriza al LGI en una cohorte hospitalaria. La alta relación con *Helicobacter pylori* y la frecuencia de hemorragia digestiva como síntoma de inicio destacan la importancia de una endoscopia oportuna. La localización gástrica fue predominante y el DLBCL fue el subtipo más frecuente. Se documenta la utilidad del abordaje multidisciplinario y la necesidad de diagnóstico temprano para mejorar los desenlaces.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom074

UTILIDAD DE LAS CLASIFICACIONES DE KIOTO Y KIMURA-TAKEMOTO EN LA VALORACIÓN ENDOSCÓPICA DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y DISPEPSIA

P. M. Diego-Salazar, C. L. Dorantes-Nava, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, M. Y. Carmona-Castillo, R. Y. López-Pérez, A. Crespo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La relación entre enfermedad hepática crónica (EHC) y *Helicobacter pylori* en años recientes ha sido objeto de estudio debido a su probable relación con complicaciones y descompensaciones de ésta. Su detección endoscópica se apoya en algunas clasificaciones, como las de Kioto y Kimura-Takemoto; sin embargo, pueden estar limitadas en pacientes con EHC debido a los datos de hipertensión portal. Por lo tanto, resulta crucial evaluar si los descriptores endoscópicos comúnmente vinculados con *H. pylori* conservan su valor diagnóstico en esta población, o si requieren una adaptación específica.

Objetivo: Evaluar la utilidad de las clasificaciones endoscópicas de Kioto y Kimura-Takemoto en la caracterización de alteraciones gástricas en pacientes con cirrosis hepática.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, analítico y de cohorte desde enero de 2025 hasta junio de 2025. Se analizaron y compararon los hallazgos endoscópicos e histológicos entre pacientes con diagnóstico de EHC y pacientes sin datos clínicos o paraclínicos de EHC, todos con datos de dispepsia de acuerdo con los criterios de Roma IV. Se aplicaron las clasificaciones endoscópicas de Kioto y Kimura-Takemoto y se realizó la toma de biopsias gástricas (protocolo de Sidney).

Resultados: Se incluyó a 152 pacientes, 97 mujeres (63,8%), con una media de edad de 54,8 años. De ellos, 58 (37,9%) presentaban EHC y la causa más común fue la alcohólica (14,4%), seguida de la metabólica (12,4%) y la viral (4,6%). En ambos grupos, de acuerdo con los criterios de Roma IV, los síntomas más comunes fueron saciedad temprana (74,1% en EHC vs. 58,5% sin EHC), dolor o ardor en epigastrio (62,1% en EHC vs. 37,2% sin EHC) y plenitud posprandial (51,7% en EHC vs. 35,1% sin EHC). La infección por *Helicobacter pylori* confirmada por biopsia fue significativamente más prevalente en pacientes con EHC (74,1% vs. 36,2%; $p < 0,001$). Asimismo, se identificó una relación significativa entre *H. pylori* y la presencia de gastropatía hipertensiva portal (GHP) (4,96; [IC95%: 2,38-10,33]; $p < 0,0001$). El 73,7% de los pacientes con GHP leve y el 76,5% con GHP grave tuvieron diagnóstico de *H. pylori*. Al analizar los hallazgos endoscópicos entre ambos grupos, la presencia de edema de mucosa (113,4 [IC95%: 33,85-379,87]; $p < 0,001$) y hemorragia subepitelial (2,58 [IC95%: 1,4-5,83]; $p = 0,034$) fueron los más sólidamente relacionados con EHC; mientras que la atrofia (0,41 [IC95%: 0,19-0,90]; $p = 0,028$) fue más frecuente en pacientes sin EHC (Tabla 1).

En relación con las escalas de Kioto y Kimura-Takemoto, se observa una relación estadísticamente significativa en pacientes con EHC ($p = 0,0019$ y $p = 0,043$, respectivamente); sin embargo, tienen una baja capacidad discriminativa en el diagnóstico de *H. pylori* (0,27 [IC95%: 0,07-0,96]; $p = 0,0426$ y 0,29 [IC95%: 0,08-1,04]; $p = 0,0574$ respectivamente).

Conclusiones: En este estudio, la infección por *H. pylori* fue más frecuente en pacientes con enfermedad hepática crónica y se vincula con gastropatía portal, lo que sugiere una posible participación de esta infección en la aparición o progresión de la GHP. Aunque las clasificaciones de Kioto y Kimura-Takemoto fueron útiles para describir hallazgos endoscópicos, no fueron precisas para diagnosticar *H. pylori*. Se requieren más estudios para sustentar los hallazgos y poder describir de manera precisa los hallazgos indicativos de un diagnóstico oportuno en estos pacientes.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Tabla 1. Datos demográficos. (Dom074)

Variables	Pacientes, n = 152 (%)
Sexo	97 mujeres (63,8) 55 hombres (36,2)
Edad	54,8 años
Enfermedad hepática crónica	58 pacientes (38,2), EHC 94 pacientes (61,8), sin EHC
Causa	22 (14,4), alcohólica 19 (12,4), metabólica 7 (4,6), viral
Síntomas	43 (74,1) EHC vs. 55 (58,5), sin EHC □ saciedad temprana 36 (62,1) EHC vs. 35 (37,2), sin EHC □ dolor o ardor en epigastrio 30 (51,7) EHC vs. 33 (35,1) □ plenitud posprandial
Infección por <i>H. pylori</i>	43 (74,1), con EHC 34 (36,2), sin EHC
Hallazgos endoscópicos	54 (93,1), edema de mucosa en EHC 17 (29,3), hemorragia subepitelial en EHC 34 (36,2), atrofia sin EHC

Dom075

VALIDACIÓN DEL PROGETTO NAZIONALE EMORRAGIA DIGESTIVA (PNED) E INTERNATIONAL BLEEDING SCORE (IBS) FRENTE A ROCKALL, GLASGOW-BLATCHFORD Y AIMS-65 COMO PREDICTORES DE RESANGRADO EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

P. M. Diego-Salazar, O. A. Juárez-León, A. Crespo, D. A. Ruiz-Jiménez, K. Cazarín-Chávez, D. F. Abendaño-Rivera, J. C. Zavala-Castillo, J. C. Silis-Cravioto, R. Y. López-Pérez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hemorragia digestiva alta no variceal (HDA-NV) es una urgencia médica con una mortalidad del 5 al 10%, en la cual la estratificación temprana del riesgo es clave para optimizar los recursos y mejorar los desenlaces. En la actualidad se utilizan calificaciones como la de Rockall endoscópica, Glasgow-Blatchford (GBS) y AIMS-65 para predecir la mortalidad o la necesidad de intervención. Sin embargo, tienen limitaciones: la GBS sobredimensiona las necesidades de endoscopia urgente, mientras que la AIMS-65 carece de sensibilidad para el resangrado. En este contexto surgen dos herramientas promisorias: el *Progetto Nazionale Emorragia Digestiva* (PNED), desarrollado para evaluar el pronóstico sin depender de endoscopia inicial; y el *International Bleeding Score* (IBS), que integra variables para predecir mortalidad como el resangrado. Aunque ambos instrumentos han mostrado utilidad teórica, no existen estudios que comparen directamente su rendimiento frente a las herramientas habituales.

Objetivo: Comparar la utilidad de los sistemas PNED e IBS con Rockall, Glasgow-Blatchford y AIMS-65 en la predicción del resangrado en la hemorragia digestiva alta no variceal.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico en el cual se revisaron expedientes de pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de México en el periodo de agosto del 2024 a enero del 2025, mayores de 18 años y con diagnóstico de sangrado gastrointestinal no variceal. Se recabaron las características demográficas y hallazgos endoscópicos, se calcularon cada una de las escalas y se realizó un seguimiento a 30 días para conocer el número de pacientes que sufrió resangrado. Se utilizó el software IBM SPSS versión 26 para el análisis estadístico y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a un total de 122 pacientes y la distribución por sexo fue de 63,1% de hombres ($n = 77$) y 36,9% de mujeres ($n = 45$). En relación con la causa identificada por hallazgos endoscópicos, la gastropatía hemorrágica fue la más frecuente, presente en 40,2% de los casos ($n = 49$), seguida de las úlceras gástricas o duodenales Forrest IIc/III en 20,5% ($n = 25$)

y las úlceras Forrest Ia/Ib/Ila/Ilb en 14,8% (n = 18). Otras causas incluyeron esofagitis erosiva (5,7%), ectasias vasculares (0,8%) y tumores de esófago o estómago (2,5%). El resangrado de manera global se presentó en 4,9% de los pacientes (n = 6). Los hombres registraron una frecuencia mayor de resangrado: 6,5% de los casos. El análisis tipo ROC de las cinco escalas clínicas mostró que la escala PNED tiene la mayor capacidad diferenciadora con un área bajo la curva de 0,608, seguida por IBS de 0,596 y Rockall de 0,543. La escala GB alcanzó un AUROC de 0,552, mientras que la AIMS65 tuvo el menor desempeño (0,360).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, las escalas PNED e IBS mostraron un mejor desempeño diferenciador para predecir resangrado en comparación con las herramientas habituales. La PNED fue la escala con mayor capacidad predictiva, seguida por IBS. AIMS-65 mostró el rendimiento más bajo. Sin embargo, debido al bajo número de episodios de resangrado, los resultados deben interpretarse con cautela. Se requieren estudios con mayor tamaño de muestra para validar estos hallazgos y fortalecer la utilidad de PNED e IBS en la estratificación de riesgo de resangrado.

Financiamiento: Ninguno.

Dom076

ENDOSCOPIA SUPERIOR AL PIE DE CAMA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

L. A. González-Torres, E. A. Sandoval-González, C. E. González-Martínez, L. Santoyo-Fexas, J. E. Méndez-Benítez, C. A. Ramos-Matamoros, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario de Monterrey

Introducción: La endoscopia superior al pie de cama (EDSPC) se emplea comúnmente en pacientes en UCI, sobre todo con ventilación mecánica o inestabilidad hemodinámica. Sus indicaciones incluyen sospecha o presencia de sangrado digestivo alto, colocación de sondas y otras causas. En este centro se evaluaron las indicaciones y los hallazgos de la EDSPC en esta población crítica.

Objetivo: Evaluar los procedimientos endoscópicos realizados por el equipo y analizar las tendencias en tipo de paciente, hallazgos, terapéutica aplicada y sus efectos en pacientes de terapia intensiva.

Material y métodos: Se analizaron los procedimientos endoscópicos practicados en la UCI entre 2014 y 2025 mediante torre móvil. Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó a pacientes con ventilación mecánica invasiva sometidos a endoscopia por cualquier motivo.

Resultados: Se analizaron 72 estudios endoscópicos en la UCIA, incluidos 62 procedimientos tras excluir 10 por no cumplir criterios. La mediana de edad fue de 50 años (RIC, 37-67), con predominio masculino (64,5%). La mayoría correspondió a endoscopias digestivas altas (88,7%), seguidas por rectosigmoidoscopias (8,1%). Las principales causas de ingreso fueron neurológicas (24%) y neumológicas (9,7%), mientras que el sangrado del tubo digestivo alto fue la indicación más frecuente (57%). A nivel esofágico predominó la esofagitis erosiva por sonda nasogástrica (SNG) (16,4%). En el estómago se observaron úlceras gástricas en 34%, gastritis erosiva en 29%, atrófica en 25% y nodular en 9%. Del total con úlceras gástricas, 42% mostró lesiones múltiples (≥ 2), todas Forrest III, con algunos casos de Forrest IIB e IB; en las úlceras únicas, 73% fue de tipo Forrest III. En el duodeno se hallaron úlceras (13%) y bulboduodenitis erosiva (7%), con predominio de Forrest III. En el colon, un tercio presentó colitis pseudomembranosa y un caso de enteroscopia reveló úlcera ileal Forrest III. El 29% requirió intervención terapéutica con éxito en el 89% de los casos. Se encontró una relación entre antecedentes neumológicos y gastritis atrófica ($p = 0,047$, OR 10,9), y entre pancreatitis y trasplante fecal por *Clostridioides difficile* ($p = 0,005$, OR 116).

Conclusiones: En este estudio retrospectivo, la EDSPC en pacientes de la UCI mostró baja rentabilidad diagnóstica y terapéutica. La mayoría de los hallazgos consistió en gastritis, esofagitis o úlceras Forrest III sin necesidad de intervención, lo que coincide con los informes previos en los que menos del 10% de las endoscopias modificó la atención clínica. Esto sugiere que la EDSPC debe reservarse para casos con sangrado evidente o inestabilidad persistente. Se identificaron relaciones relevantes: los pacientes con antecedentes neumológicos tuvieron más gastritis atrófica, lo cual podría vincularse con hipoperfusión o ventilación prolongada; en cambio, aquéllos con

pancreatitis tuvieron mayor frecuencia de trasplante fecal por *C. difficile*, lo que refuerza la importancia de la disbiosis en este contexto.

Aunque el diseño retrospectivo y unicéntrico limita la generalización, los hallazgos invitan a una mayor selectividad en la indicación de EDSPC. Se requieren estudios prospectivos para definir con mayor precisión qué pacientes críticamente enfermos se benefician en realidad de esta intervención.

Financiamiento: Ninguno.

Dom077

CARACTERIZACIÓN DE LESIONES SUBEPITELIALES OBSERVADAS POR PANENDOSCOPIA Y POSTERIORMENTE CON ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

K. Cazarín-Chávez, P. M. Diego-Salazar, H. S. De Marino-Herrera, C. S. Tinítana-Jumbo, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las lesiones subepiteliales (LSE) son protuberancias del tracto gastrointestinal (GI) cubiertas por un epitelio de apariencia normal, pueden ser benignas o malignas e incluyen tumores, quistes o estructuras extraluminales que causan compresión extrínseca. Pueden aparecer en cualquier parte GI, la mayoría es asintomática y son con frecuencia hallazgos incidentales en la endoscopia o las imágenes transversales.

Objetivo: Describir los hallazgos por ultrasonido endoscópico (USE) e histopatología de las lesiones subepiteliales identificadas por endoscopia o imagen transversal en pacientes sintomáticos y asintomáticos, y evaluar la relevancia clínica de dicho hallazgo en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico y retrospectivo, tipo cohorte, que incluyó a pacientes con lesión subepitelial observada por endoscopia o imagen transversal y caracterizada por ultrasonido endoscópico, atendidos en este hospital en el periodo de enero de 2024 a junio de 2025. Se registró la frecuencia de lesiones subepiteliales en general y la frecuencia de las afecciones específicas ya caracterizadas por USE e histopatología. Los datos cualitativos se expresan en porcentajes y los cuantitativos en media $\pm$ DE.

Resultados: Se incluyó a 72 pacientes con edad de $54,51 \pm 14,34$ años (51,2-57,83), 69,5% de ellos mujeres; la principal indicación para solicitar panendoscopia fue la dispepsia no investigada y el sitio anatómico más afectado con dichas lesiones fue el antro gástrico en 25% (n = 18), la curvatura mayor en 16,6% (n = 12), el duodeno en 13,8% (n = 10) y, con menor frecuencia, el recto con 2,7% (n = 2). En relación con la capa de origen señalada por USE, en 36,1% (n = 26) fue la cuarta ecocapa, en 25% (n = 18) la segunda, en 20,8% (n = 15) la tercera y sólo en un paciente se identificó compromiso de todas las ecocapas. El tamaño tuvo un intervalo de 5,9 a 111 mm, 40,2% se informó como imágenes heterogéneas y 68% (n = 49) como hipoecoicas, y con dichas características se estableció un diagnóstico probable por USE: lesión subepitelial en estudio en 30,5% (22), probable GIST en 15,2% (11), páncreas ectópico en 9,7% (7) y compresión extrínseca en 5,5% (4). El 31,9% (23) cumplió criterios para tomar biopsia con reporte histológico de GIST en 8,3% (6), mucosa normal en 5,5% (4) y adenocarcinoma en 4,1% (3) (Tabla 1).

Tabla 1. Lesiones subepiteliales diagnosticadas por USE e histología. (Dom077)

Diagnóstico por USE	n
GIST vs. leiomioma	6 (8%)
Probable GIST	11 (15%)
Ganglio	1 (1,3%)
Leiomioma	4 (5,5%)
Lipoma	3 (4%)
Compresión extrínseca	4 (5,5%)
Quiste de duplicación	4 (5,5%)
Pólipo	1 (1,3%)
Páncreas ectópico	7 (9,7%)

Quiste	1 (1,3%)
Leiomioma vs. neuroendocrino	1 (1,3%)
Linfangiectasia	1 (1,3%)
Leiomioma vs. schwannoma	1 (1,3%)
Sin evidencia de lesión	4 (5,5%)
Engrosamiento mural	1 (1,3%)
Lesión subepitelial en estudio	22 (30,5%)
Diagnóstico histológico	n
GIST	6 (8,3%)
Leiomioma	2 (2,7%)
Páncreas ectópico	2 (2,7%)
Adenocarcinoma	3 (4,2%)
Lesión fusocelular	2 (2,7%)
Indeterminado	3 (4,2%)
Mucosa normal	4 (5,5%)
Muestra insuficiente	1 (1,3%)

Conclusiones: En este estudio, la mayoría de las LSE correspondió a hallazgos incidentales y el ultrasonido endoscópico (USE) permitió caracterizar adecuadamente estas lesiones, establecer un diagnóstico presuntivo en el 70% de los casos y destacar un probable GIST, páncreas ectópico y compresión extrínseca. En los casos sometidos a biopsia, se confirmó GIST en el 8,3% y adenocarcinoma en el 4,1%. Estos hallazgos evidencian la utilidad del USE para distinguir entre lesiones benignas y neoplasias. La caracterización adecuada de las LSE guía las decisiones clínicas, evita intervenciones innecesarias y modifica el pronóstico de los pacientes. Su integración en la práctica regular es fundamental.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom078

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL EN LA ERA DE LOS DOACs: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y DESENLACES

H. S. De Marino-Herrera, M. G. Reyes-Zermeño, Y. J. Cruz-Ramírez, S. M. Narváez-Chávez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hemorragia gastrointestinal (HGI) es una complicación no deseada en pacientes tratados con anticoagulantes orales directos (DOAC). Aunque el apixabán y el rivaroxabán han demostrado eficacia en la prevención de episodios tromboembólicos, su perfil de seguridad digestiva permanece en discusión. En México, los estudios comparativos entre estos fármacos y sus hallazgos endoscópicos son limitados.

Objetivo: Comparar la frecuencia y las características clínicas y endoscópicas de la HGI en pacientes tratados con apixabán y rivaroxabán, así como en pacientes sin anticoagulación, en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años tratados con DOAC (apixabán o rivaroxabán) o sin anticoagulación, entre enero de 2018 y diciembre de 2023. Se evaluaron variables clínicas, demográficas, tratamientos concomitantes y hallazgos endoscópicos. Se realizaron las pruebas ji cuadrada, t de Student, U de Mann-Whitney y regresión logística.

Resultados: Se incluyó a 278 pacientes (136 con DOAC: 41 apixabán, 96 rivaroxabán; 142 sin anticoagulación). Se presentan las variables demográficas, clínicas y desenlaces. La edad media fue de $67,4 \pm 15,1$ años y la frecuencia global de HGI fue del 25%. No se observaron diferencias marcadas en la tasa de HGI entre apixabán y rivaroxabán (34,1% vs. 37,5%, $p = 0,58$), ni en mortalidad (9,8% vs. 12,5%, $p = 0,77$). El rivaroxabán se acompañó de un mayor riesgo de hospitalización por HGI comparado con los controles (OR 1,29; IC95%, 1,10-1,52; $p < 0,001$), mientras que esta relación no fue evidente con el apixabán.

En el análisis de tratamientos concomitantes, el uso de AINE elevó considerablemente el riesgo de HGI en pacientes tratados con rivaroxabán (OR 16,1; IC95%, 1,22-212,6; $p = 0,03$). Se identificaron hallazgos endoscópicos en 70 pacientes. La lesión más frecuente fue la úlcera gástrica (26%), seguida de la gastropatía hemorrágica (11,7%), mientras que en el 39% no se identificó evidencia de lesión. La manifestación clínica más común fue melena (56%). Las lesiones se reclasificaron como clínicamente significativas (úlceras, várices, tumorales, angiodisplasias) y no significativas (fisura anal, hemorroidal). Al comparar por tipo de anticoagulante, no se observaron diferencias relevantes en la proporción de lesiones significativas entre apixabán, rivaroxabán y pacientes sin anticoagulación ($p = 0,63$).

Conclusiones: Los hallazgos proponen que el apixabán y el rivaroxabán poseen un riesgo similar de HGI, aunque los pacientes tratados con rivaroxabán tuvieron una mayor tasa de hospitalización. Además, el uso concomitante de AINE representa un factor de riesgo importante para HGI en pacientes tratados con rivaroxabán. La evaluación endoscópica mostró que las lesiones clínicamente significativas fueron frecuentes en ambos grupos, sin diferencia relevante por tipo de anticoagulante, lo que refuerza la necesidad de individualizar el control del riesgo hemorrágico en estos pacientes.

Financiamiento: Propio.

Dom079

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS Y PERFIL CLÍNICO DEL LINFOMA GASTROINTESTINAL EN EL IGSS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

E. S. Hernández-Musus, L. D. Paz-García, D. E. Rosales-López, B. Sánchez, Grupo colaborativo: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Introducción: El linfoma gastrointestinal (LGI) es el linfoma extranodal más frecuente y representa 4 a 20% de todos los linfomas extranodales y hasta un 5% de las neoplasias digestivas primarias. Sus presentaciones clínicas son inespecíficas y variadas, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. Los principales subtipos incluyen el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) y el linfoma MALT, este último altamente relacionado con *Helicobacter pylori*. El diagnóstico se basa en hallazgos endoscópicos, histopatología e inmunohistoquímica. En Guatemala no existen estudios previos que describan la experiencia local sobre esta alteración.

Objetivo: Describir las características clínicas, epidemiológicas, endoscópicas e histopatológicas de los pacientes diagnosticados con linfoma gastrointestinal primario atendidos en el IGSS, así como su tratamiento y desenlaces. **Informe de casos:** Se incluyó a 11 pacientes con diagnóstico de linfoma gastrointestinal primario, atendidos en el IGSS, de los cuales 10 (90,9%) presentaban linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) y 1 (9,1%) linfoma tipo MALT. La mediana de edad fue de 57,18 años (DE, 18,68) y predominó el sexo masculino (90,9%). Los principales motivos de consulta fueron hemorragia digestiva alta (HGIA) en 54,5% y dolor abdominal en 45,5%, con una mediana de duración de síntomas de siete días (Tabla 1).

Las localizaciones más frecuentes fueron el antro gástrico (36,4%) y el intestino delgado (27,3%). El 45,5% tuvo prueba positiva para *Helicobacter pylori*. La mayoría recibió quimioterapia con R-CHOP (54,5%) y el 18,2% requirió cirugía adyuvante. La mediana de seguimiento fue de cuatro meses y la mortalidad fue de 36,4% ($n = 4$), vinculada con linfomas de alto grado y presentación con HGIA (Tabla 1).

En la comparación entre fallecidos y sobrevivientes se observó que los pacientes fallecidos eran más jóvenes (media de 47,25 años vs. 62,85), todos hombres, con menor albúmina (2,85 vs. 3,39 g/dL) y mayor índice Ki-67 (80,75% vs. 75,71%). No se hallaron diferencias significativas en otros síntomas ni en parámetros bioquímicos, aunque se identificó una mayor frecuencia de compromiso del intestino delgado en fallecidos.

Discusión: Este estudio describe una cohorte de 11 pacientes con linfoma gastrointestinal primario diagnosticados en el IGSS y señala que la hemorragia digestiva alta y el dolor abdominal fueron las manifestaciones clínicas más comunes. La localización más frecuente fue el antro gástrico y el subtipo histológico predominante fue el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL). La infección por *Helicobacter pylori* se relacionó especialmente con el linfoma MALT. El tratamiento incluyó sobre todo quimioterapia con R-CHOP y en algunos casos cirugía. La mortalidad fue del 36,4%, acompañada de mayor índice Ki-67, síntomas de alarma y enfermedad avanzada, lo que destaca la importancia del diagnóstico oportuno y el abordaje multidisciplinario.

Tabla 1. Comparación entre pacientes vivos y muertos, variables epidemiológicas, clínicas y bioquímicas. (Dom079)

Variable	Muerte			Valor de p
	Global	Sí	No	
Edad, X (DE)	57,18 (18,68)	47,25 (13,12)	62,85 (19,81)	
Sexo, f (%)				0,63
Masculino	10 (90,9)	4 (100)	6 (85,7)	
Femenino	1 (9,1)	--	1 (14,3)	
Estadio clínico, f (%)				0,63
I	1 (9,1)	--	1 (14,3)	
> I	10 (90,9)	4 (100)	6 (85,7)	
Síntomas, f (%)				
Pérdida de peso	3 (27,3)	1 (25)	3 (42,9)	0,35
Vómito	3 (27,3)	4 (100)	3 (42,9)	2,36
Melena	3 (27,3)	1 (25)	2 (28,6)	0,02
Anemia	3 (27,3)	1 (25)	2 (28,6)	0,02
Perforación	2 (18,2)	2 (50)	-	4,28
Obstrucción	4 (36,4)	2 (50)	2 (50)	0,51
Epigastralgia	7 (63,6)	3 (75)	4 (57,1)	0,35
Dispepsia	4 (36,4)	2 (50)	2 (28,6)	0,51
Bioquímica, X (DE)				
Hb	12,18 (2,59)	11,2 (2,36)	12,74 (2,71)	0,55
LDH	301,3 (109,47)	316 (129,15)	293,42 (106,86)	0,19
Albúmina	3,39 (2,59)	2,85 (0,62)	1,00	1,00
Hallazgos endoscopia, f (%)				1,905
Tipo ulcerativo	2 (18,2)	1 (25)	1 (14,3)	
Tipo exofítico	1 (9,1)	--	1 (14,3)	
Lesión tumoral	2 (18,2)	--	2 (28,6)	
Localización, f (%)				8,119
Antro gástrico	4 (36,4)	--	4 (57,1)	
Cuerpo/fondo gástrico	1 (9,1)	1 (25)		
Intestino Delgado	3 (27,3)	2 (50)	1 (14,3)	
Intestino medio	1 (9,1)	1 (25)	1 (14,3)	
Colon	1 (9,1)	--	1 (14,3)	
<i>H. pylori</i>				0,251
Positivo	5 (45,5)	1 (25)	4 (57,1)	
Negativo	--	--	--	
No realizada	6 (54,5)	3 (75)	3 (75)	
Patología				
DLBCL	10 (90,9)	4 (100)	6 (85,7)	
MALT	1 (9,1)		1 (14,3)	
CD20	11 (100)	4 (100)	7 (100)	
CD3	8 (72,7)	3 (75)	7 (100)	
BCL6	10 (90,9)	4 (100)	6 (85,7)	
C-MYC	10 (90,9)	4 (100)	6 (85,7)	
KI-67 X (DE)	57,18 (18,68)	80,75 (12,20)	75,71 (27,75)	

Conclusiones: El linfoma gastrointestinal es una neoplasia poco frecuente pero clínicamente relevante. Este estudio demuestra su heterogeneidad clínica y endoscópica, así como su vínculo con el *Helicobacter pylori* y la importancia del enfoque terapéutico integral. Se requieren más estudios locales para comprender su comportamiento y optimizar su tratamiento.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom080

UTILIDAD DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN LA DETERMINACIÓN DE LA ERRADICACIÓN DE VÁRICES GÁSTRICAS

S.A. Vera-Nungaray, I. E. Severino-Ferreras, A. Romero-Lozanía, P. L. Pérez-Santos, J. C. Silis-Cravioto, D. Muñoz-Fuentes, M. I. Torres-Ruiz, R. Y. López-Pérez, R. Terrazas-Rodríguez, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México

Introducción: La hipertensión portal es el incremento del gradiente de presión mayor de 5 mmHg, lo que lleva a la formación de várices esofágicas y gástricas, alto riesgo de hemorragia digestiva y mortalidad. La terapia endoscópica se considera el tratamiento de primera línea para las várices gástricas (VG) según las directrices de la AASLD. La inyección de cianoacrilato (adhesivo tisular) mediante endoscopia es el método convencional de elección y el más utilizado con una eficacia aproximada de 90%. El ultrasonido endoscópico (USE) tiene beneficios en el tratamiento de las várices, ya que detecta várices seis veces más que la EGD, mide su tamaño, el grosor de su pared incluso en el contexto de una hemorragia activa, además de que utiliza la herramienta integrada del Doppler a color para confirmar la presencia de flujo dentro de la várice o valorar su erradicación.

Objetivo: Determinar el éxito de la obliteración de várices gástricas mediante ultrasonido endoscópico en pacientes que recibieron tratamiento previo con inyección de cianoacrilato por vía endoscópica.

Material y métodos: Estudio prospectivo, transversal y analítico. Se analizaron todos los informes de endoscopia superior realizados en el servicio de endoscopia gastrointestinal en un periodo de tres meses. Se incluyó a los pacientes con várices gástricas que requirieron obliteración con cianoacrilato mediante endoscopia superior. Los pacientes con estigmas de obliteración previa sin necesidad endoscópica de nueva obliteración por EGD fueron objeto de ultrasonido endoscópico para corroborar la falta de flujo o la necesidad de una nueva obliteración.

Resultados: Se incluyó a 26 pacientes, con una media de edad de 56 años y una frecuencia mayor del sexo femenino (53,8%). Las várices gástricas valoradas por USE, en orden de frecuencia, fueron las GOV2 (80,8%), seguidas de las IGV1 (38,5%). La obliteración completa por EGD previa con el uso de cianoacrilato, evidenciada por USE, se alcanzó en el 62,5% de los casos, mientras que los datos de la persistencia del flujo, documentados por Doppler a color, aunados a la presencia de signos de mal pronóstico, requirieron nueva sesión de obliteración en un 40% de los casos (Tabla 1).

Conclusiones: El USE es una herramienta útil para confirmar la presencia o la ausencia de flujo de várices gástricas posterior a obliteración endoscópica. El USE es una alternativa terapéutica de segunda línea para lograr una obliteración completa en caso de persistencia del flujo o en várices con datos de mal pronóstico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Evaluación por USE de várices gástricas después de la obliteración. (Dom080)

	GOV 1	GOV2	IGV1	IGV2
Diámetro (mm)				
Media (±)	0,85 (2,38)	6,61 (6,25)	1,33 (4,13)	0,42 (0,21)
Total de sesiones de obliteración (%)				
1	5 (62,5)	10 (47,6)	4 (40)	-
2	3 (37,5)	8 (38,1)	4 (40)	-
3	-	3 (14,3)	1 (10)	1 (10)
4	1 (12,5)	-	1 (10)	-

Dom081

APLICACIÓN DE REFRESCO DE COLA EN LA PREPARACIÓN ENDOSCÓPICA: ALTERNATIVA NO CONVENCIONAL EN LA PRÁCTICA REAL

L. A. González-Torres, R. Reséndez-Guajardo, J. E. Méndez-Benítez, L. Manuel-Sáenz, C. E. González-Martínez, C. A. Ramos-Matamoros, S. G. Arana-Villatoro, H. J. Maldonado-Garza, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El uso de bebidas de tipo cola para disolver bezoares y restos alimentarios es una opción segura, efectiva, práctica y económica. No obstante, la evidencia proviene sobre todo de series de casos y pocos estudios retrospectivos, con variaciones en las dosis y la vía de administración. Ante esta falta de estandarización se realizó una revisión retrospectiva para evaluar su eficacia de acuerdo con la dosis, la vía y la causa de la obstrucción gástrica; la finalidad era contribuir a la sistematización de esta estrategia terapéutica.

Objetivo: Valorar la eficacia de los lavados con bebida de tipo cola para el diagnóstico de los pacientes con síntomas de obstrucción en la salida gástrica.

Material y métodos: El uso de bebidas de tipo cola como método de disolución gástrica ha mostrado ser una alternativa segura, efectiva y económica. Aunque existen informes previos, la mayoría se limitan a series pequeñas y sin una técnica estandarizada. Se condujo un estudio retrospectivo de 41 pacientes con diagnóstico clínico e imagenológico de obstrucción de la salida gástrica. En todos los casos se colocó sonda nasogástrica y se infundieron 500 mL de soda regular dos veces al día, con control ecográfico del vaciado gástrico. El tratamiento se consideró exitoso si la preparación permitió una endoscopia diagnóstica efectiva. El objetivo fue evaluar la utilidad de esta estrategia para mejorar la visualización endoscópica en pacientes con restos alimentarios y aportar evidencia para su sistematización.

Resultados: La mediana de edad fue de 60 (44-73) años, con predominio del género femenino (53,7% vs. 46,3%). Los diagnósticos establecidos con más frecuencia fueron en orden de frecuencia: 16 (39%) tumores gástricos, 11 (26,8%) estenosis pépticas, 6 (14,5%) compresiones extrínsecas, 2 (4,9%) acalasia, 2 (4,9%) síndromes de Wilkie, 2 (4,9%) tumoraciones duodenales, 1 (2,4%) tumoración esofágica y 1 (2,4%) fitobezoar.

En cuanto a los datos de laboratorio, la mediana de días de preparación con soda fue de 3 (3-4) días y la de los días de hospitalización fue de 13 (5-26). La media de Hb fue de 11,7 ($\pm$ 3,3) mg/dL, VCM 85 ($\pm$ 9,7), leucocitos con mediana de 8,4 (6,8-10,9), neutrófilos 9,5 (4,4-9,14), plaquetas 336 ($\pm$ 130), creatinina 0,7 (0,5-1,2), BUN 17 (11-27), AST 25 (16-36), ALT 14 (11-25), ALP 83 (60-102), BT 0,7 (5-1,2), BD 0,2 (0,1-0,4), BI 0,5 (0,25-0,8), LDH 144 (122-199), albúmina 3,5 ($\pm$ 0,7), colesterol 143 (122-190) y triglicéridos 128 (101-149).

En relación con la efectividad del uso de lavados con soda, se observó que en 34 (82,9%) de los pacientes se logró una adecuada preparación, 24 (58,5%) de los pacientes requirieron más de una endoscopia después de la primera preparación y de ellos 18 (43,9%) sólo necesitaron una más, 5 (12,2%) dos endoscopias más y un paciente tres procedimientos. Se realizó un análisis comparativo para identificar los diagnósticos que tuvieran más riesgo de requerir más de una intervención y con un desenlace inefectivo al momento de realizar la endoscopia, sin hallar una diferencia significativa. Tampoco se reconoció una diferencia significativa entre los distintos diagnósticos y los días requeridos para su preparación con soda. La **Tabla 1** resume estos hallazgos.

Tabla 1. (Dom081)	
Variable	Valor
Demografía	
Mediana de edad (RIC)	60 años (44-73)
Sexo femenino	22 (53,7%)
Sexo masculino	19 (46,3%)
Diagnósticos principales	
Tumores gástricos	16 (39%)

Estenosis péptica	11 (26,8%)
Compresión extrínseca	6 (14,5%)
Acalasia	2 (4,9%)
Síndrome de Wilkie	2 (4,9%)
Tumoración duodenal	2 (4,9%)
Tumoración esofágica	1 (2,4%)
Fitobezoar	1 (2,4%)
Datos clínicos	
Días de preparación con soda (RIC)	3 (3-4)
Días de hospitalización (RIC)	13 (5-26)
Eficacia del lavado con soda	
Preparación adecuada lograda	34 (82,9%)
Pacientes con > 1 endoscopia	24 (58,5%)
– Sólo una endoscopia adicional	18 (43,9%)
– Dos endoscopias adicionales	5 (12,2%)
– Tres procedimientos en total	1 (2,4%)
Análisis comparativo	
Diagnóstico vs. reintervención	No significativa
Diagnóstico vs. días de preparación	No significativa
RIC, rango intercuartílico.	

Conclusiones: Los resultados muestran que el lavado gástrico con soda permite una adecuada visualización endoscópica en pacientes con obstrucción de la salida gástrica, con diagnóstico en más del 80% de los casos. Esto se observó con estudios previos sobre su eficacia en la disolución de bezoares, aunque sin protocolos estandarizados. A diferencia de otras series, se incluyó a más pacientes con un seguimiento ecográfico sistemático. Esta técnica, accesible y reproducible, debe considerarse en centros de recursos limitados.

Financiamiento: Ninguno.

Dom082

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR *H. PYLORI* DE ACUERDO CON LA ESCALA DE KIOTO MODIFICADA EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL HGZ 1 ZACATECAS EN EL PERIODO MARZO 2024-MARZO 2025

A. G. Ayala-Hernández, M. Rivera-Huizar, J. Ramírez-Velázquez, R. Leija-Walle, Instituto Mexicano del Seguro Social Zacatecas

Introducción: La infección por *H. pylori* tiene una alta prevalencia en el mundo y es la principal causa de gastritis crónica, además de que está clasificada como carcinógeno de clase I por la OMS. El cáncer gástrico es una enfermedad letal con una sobrevivencia de 1 de cada 5 personas a los cinco años; ahí radica la importancia de implementar estrategias de detección temprana de estas afecciones.

Objetivo: Determinar la frecuencia de hallazgos compatibles con diagnóstico de infección por *H. pylori* por endoscopia convencional de acuerdo con la escala de Kioto modificada.

Material y métodos: Pacientes sometidos a endoscopia en el periodo de un año (marzo de 2024 a marzo de 2025) atendidos en el HGZ Zacatecas del IMSS por diversos síntomas. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: género, hallazgos endoscópicos de acuerdo con la clasificación de Kioto modificada. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y promedio.

Resultados: Se analizaron 413 estudios en total y se encontraron 186 casos (45,0363%) con riesgo de infección por *H. pylori* con puntuación de Kioto

modificada ≥ 2 puntos. Los hallazgos más frecuentes fueron eritema difuso grave (79,5698%), eritema difuso leve (65,0537%), nodularidad (11,2903%), metaplasia intestinal (3,2258%) y atrofia (2,1505%). Los hallazgos fueron únicos en el 79,0322% de los casos y múltiples en el 20,9677%. Sólo el 1,0752% de los casos obtuvo una calificación ≥ 4 puntos con riesgo de cáncer gástrico. Se identificaron además 102 casos de úlceras (50% gástricas y 50% duodenales), además de 13 casos con la coexistencia de ambas, las cuales pueden estar relacionadas de igual forma con la misma infección. Se excluyeron del análisis 125 casos (30,2663%) que notificaron otros resultados, como várices, hernias, tumores o esofagitis.

Conclusiones: El estándar de oro para el diagnóstico de infección por *H. pylori* es todavía la confirmación histológica por biopsia. En pacientes sometidos a endoscopia diagnóstica y hallazgos compatibles con una puntuación de Kioto ≥ 2 puntos se permitiría el diagnóstico endoscópico con respaldo en la evidencia actual, lo que disminuiría los costos y optimizaría los recursos como un modelo eficaz para la evaluación de dicha infección y las lesiones precancerosas; esto representaría la oportunidad de prevenir el cáncer gástrico y una pauta para individualizar cada caso y determinar la institución del tratamiento de erradicación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom083

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LESIONES DE CRECIMIENTO LATERAL POR COLONOSCOPIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

G. Rangel-Zavala, R. Y. López-Pérez, J. C. Zavala-Castillo, L. V. Cupil-Escobedo, A. Ordaz-Contreras, K. Cazarín-Chávez, J. C. Silis-Cravioto, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los tumores colorrectales de crecimiento lateral (*laterally spreading tumors*, LST) constituyen un subtipo de lesiones neoplásicas superficiales que han cobrado relevancia clínica por su potencial maligno y sus características endoscópicas particulares. A diferencia de los pólipos pediculados o sésiles, los LST se desarrollan sobre todo de manera horizontal a lo largo de la mucosa colónica, con una extensión superficial mayor de 10 mm. Se clasifican en dos grandes grupos de acuerdo con sus características morfológicas: el tipo granular (LST-G), que puede ser homogéneo o mixto, y el tipo no granular (LST-NG), que incluye las variantes planas elevadas y pseudodeprimidas. En las publicaciones internacionales se han informado múltiples series de casos y estudios observacionales que detallan la epidemiología, morfología y comportamiento clínico de los LST. Sin embargo, en Latinoamérica, y en particular en México, los estudios sobre estas lesiones son limitados.

Objetivo: Determinar la prevalencia y las características endoscópicas de las LST en este centro.

Material y métodos: Se incluyeron todas las colonoscopias realizadas en el servicio de endoscopia del Hospital General de México Eduardo Liceaga entre enero de 2024 y abril de 2025 con diagnóstico de LST, definidas como elevaciones mucosas con borde plano o levemente elevado, altura menor a la mitad de su diámetro y tamaño > 10 mm.

Resultados: Se efectuaron 2 361 colonoscopias durante este periodo, de las cuales 40 presentaron LST. De éstas, 21/40 (52,5%) correspondieron a mujeres, con una edad mediana de 59,5 años (RIQ, 52,8-68,5). La localización más frecuente fue el ciego (27,5%), el colon ascendente (25,0%), el recto (20,0%), el colon transverso (12,5%), el descendente (7,5%) y el sigmoideas (7,5%). El tipo más frecuente fue LST-G (67,5%) frente a LST-NG (32,5%). Las LST-NG fueron más comunes en hombres que en mujeres (36,8% vs. 28,6%, $p = 0,738$). De las LST-G, 15/27 correspondieron al subtipo homogéneo (55,6%) y 12/27 al mixto nodular (44,4%). En cuanto a las LST-NG, 6/12 fueron planas elevadas (50%) y 6/12 pseudodeprimidas (50%). El patrón histopatológico más frecuente fue el adenoma tubulovelloso (40%). Se confirmó tratamiento en 17/40 lesiones (43,5%), de los cuales 12/17 fueron resección endoscópica mucosa (REM, 70,6%), 2/17 disección endoscópica submucosa (DES, 11,8%), 1/17 hemicolectomía derecha, 1/17 hemicolectomía izquierda y 1/17 resección anterior baja.

Conclusiones: En este centro, las LST son poco frecuentes, predominan las LST-G y se localizan sobre todo en el colon derecho; las LST-NG fueron más frecuentes en hombres.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom084

HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS EN PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 45 AÑOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO

C. S. Tinitana-Jumbo, K. Cazarín-Chávez, L. V. Cupil-Escobedo, D. F. Abendaño-Rivera, Y. R. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: En 2010, la prevalencia de cáncer de colon y de recto en personas menores de 50 años era de 4,8% y 9,5%, respectivamente, cifras que han mostrado un incremento sostenido en los últimos años. En este grupo etario, el diagnóstico suele establecerse en etapas avanzadas: en estadios III y IV en el 61% de los menores de 50 años y en el 76% de los menores de 30 años, en contraste con el 46% y 50% en pacientes mayores de 50 años. Este retraso en el diagnóstico se atribuye, entre otros factores, a la baja sospecha clínica por parte del médico, la percepción de invulnerabilidad en adultos jóvenes y las limitaciones en el acceso oportuno a servicios de salud, lo que contribuye a una detección tardía en este grupo poblacional.

Objetivo: Comparar los hallazgos colonoscópicos en adultos jóvenes (< 45 años) referidos para colonoscopia por indicación distinta del tamizaje con los hallazgos en pacientes mayores de 45 años con riesgo promedio de cáncer colorrectal referidos para tamizaje.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico que incluyó a pacientes sometidos a colonoscopia por tamizaje de carcinoma colorrectal (T-CCR) (> 45 años) y por diversas indicaciones clínicas (< 45 años) en un lapso de seis meses en el servicio de endoscopia digestiva del Hospital General de México Eduardo Liceaga. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el software IBM SPSS versión 26 y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p = 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 408 expedientes de pacientes con edad media de $48 \pm 14,66$ años, de los cuales el 62,7% correspondió a mujeres, y se clasificaron en dos grupos: grupo A (> 45 años) en el cual la indicación fue el tamizaje de CCR; grupo B (4-44 años), con las siguientes indicaciones para realizar la colonoscopia: T-CCR ($n = 39$, 24,53%), diarrea crónica ($n = 35$, 22,01%), HTDB ($n = 32$, 20,13%), EII ($n = 17$, 10,69%) y diversos ($n = 36$, 22,64%).

El grupo A se integró con 249 (73 hombres y 176 mujeres) y el grupo B con 159 (80 mujeres y 79 hombres). De forma global se notificaron 77 pólipos y por separado en cada grupo (Tabla 1): Grupo A: se identificaron 68 casos con pólipos, de los que el análisis histopatológico identificó 62 casos de adenoma tubular (24,89%), 5 tubulovelloso (2%) y 1 vellosos (0,40%). La prevalencia de displasia de bajo grado fue del 12,4% y la de alto grado del 2,81%, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo, aunque con mayor tendencia de displasia de alto grado en mujeres. De forma concomitante se reconocieron 3 (1,20%) casos de adenocarcinoma colorrectal.

Grupo B: se identificaron nueve casos con pólipos, de los que el análisis histopatológico los registró en su totalidad como adenomas tubulares (5,66%), cuatro tenían displasia de bajo grado y uno de alto grado; los restantes sin

Tabla 1. Colonoscopia en adultos jóvenes y mayores de 45 años: hallazgos y relevancia clínica. (Dom084)

	< 45 años (n)	%	> 45 años (n)	%
Hombres	79	49,6	73	29,3
Mujeres	80	50,3	176	70,7
Pólipos	9	5,6	68	27,3
Adenoma tubular	9	5,6	62	24,8
Adenoma tubulovelloso	0	0	5	2
Adenoma vellosos	0	0	1	0,4
Displasia de bajo grado	4	2,5	31	12,4
Displasia de alto grado	1	0,6	7	2,8
Tumor	7	4,4	3	1,2
Adenocarcinoma colorrectal	5	3,14	3	1,2
Linfoma no Hodgkin	1	0,6	0	0

displasia. Se reconocieron siete casos de pacientes con tumores, de los que 5 (3,14%) correspondieron a adenocarcinoma colorrectal, además de un caso de linfoma de Hodgkin y uno de mucosa histológicamente normal.

Conclusiones: Al margen de la edad, el adenoma tubular es aún el principal tipo histológico de pólipo. En la actualidad no existen guías que recomienden el tamizaje de cáncer colorrectal en menores de 45 años sin factores de riesgo, en parte debido a que el porcentaje de CCR en adultos jóvenes es aún bajo. Sin embargo, es conveniente hacer una evaluación exhaustiva en los adultos jóvenes que se diagnostican con CCR enfocados en los factores de riesgo que éstos presentan para dirigir de esta manera la búsqueda de pacientes elegibles para un estudio endoscópico a edad más temprana.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para este trabajo.

Dom085

CÁPSULA ENDOSCÓPICA, EXPERIENCIA DE 12 AÑOS COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN ENFERMEDADES DE INTESTINO MEDIO EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

L. Romero-Juárez, L. F. De Giau-Triulzi, P. Gálvez-Castillejos, Hospital Español de México

Introducción: Con la introducción de la cápsula endoscópica (CE) en el año 2000, sus indicaciones y resultados han evolucionado y la han convertido en una herramienta fundamental para la evaluación del intestino medio, en especial hemorragia de origen oculto, enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca, dolor abdominal crónico o diagnóstico de lesiones vasculares o neoplasias.

Objetivo: Confirmar la utilidad de la cápsula endoscópica.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo del uso de la cápsula endoscópica en pacientes sometidos a panendoscopia y colonoscopia sin identificar el sitio de hemorragia; sólo se incluyeron los expedientes completos desde el año 2011 hasta enero del 2025. Se revisaron 45 expedientes, de los cuales 28 (64,2%) correspondieron a mujeres y 16 (35,7%) a hombres, con una edad promedio de 63,9 años y un intervalo de edad de 14 a 83 años; las principales indicaciones fueron hemorragia en 30 pacientes (75%), síndrome anémico en 10 (25%), enfermedad de Crohn en 2 (4,4%), diarrea crónica en 2 (4,4%) y dolor abdominal en 1 (2,2%). Los hallazgos endoscópicos fueron angiodisplasias en 22 (48,8%), úlceras en 13 (28,8%), dos de ellas notificadas por el servicio de patología como enfermedad de Crohn, erosiones en 7 (15,5%), divertículo en íleon en 1 (2,2%), tumor neuroendocrino en 1 (2,2%) y 1 (2,2%) caso de úlcera con sangrado activo a nivel del yeyuno (Figura 1). La localización más frecuente fue el yeyuno en 31 (68,8%) casos y el íleon en 14 (31,1%); el tratamiento definitivo en 4 (8,8%) pacientes fue quirúrgico. Respecto de los efectos adversos, 2 (4,4%) pacientes experimentaron la retención de la cápsula, uno de ellos requirió tratamiento quirúrgico y el otro expulsó la cápsula de manera espontánea.

Discusión: La población principal de este centro se integró con personas mayores de 60 años, con una media de 63,9 años, la mayoría con antecedente de enfermedades cardiovasculares (fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca). Tras considerar estos dos factores, no fue raro que los hallazgos más frecuentes fueran las angiodisplasias, seguidas por las úlceras y las erosiones. La indicación más informada de la cápsula endoscópica es la hemorragia

con una capacidad diagnóstica de 60 a 90% de los casos, de acuerdo con las publicaciones médicas. Otra indicación es el diagnóstico o seguimiento de la enfermedad de Crohn, si la panendoscopia y la colonoscopia no revelan estos hallazgos, pero la clínica y los marcadores inflamatorios sugieren esta enfermedad; éste fue el caso de dos pacientes de este estudio en quienes la cápsula endoscópica identificó múltiples úlceras aftosas e ileitis ulcerosa, que el servicio de patología confirmó como enfermedad de Crohn. Aunque su utilidad en el contexto de dolor abdominal crónico no está completamente establecida, es otra indicación notificada; en este estudio, el único caso con esta indicación fue el de una enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos.

Conclusiones: La cápsula endoscópica ha demostrado ser una herramienta diagnóstica segura, eficaz y bien tolerada. En la experiencia institucional, la hemorragia del tubo digestivo fue la indicación predominante, y las angiodisplasias fueron el hallazgo más común. La utilidad de la CE se extiende a enfermedades inflamatorias como la de Crohn y a pacientes con dolor abdominal con estudios convencionales negativos. La evolución tecnológica, incluida la inteligencia artificial, promete optimizar la interpretación futura de estos estudios.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para la realización de este trabajo.

Dom086

UTILIDAD DEL MODELO DE IMAGEN ENDOSCÓPICA MAGNÉTICA EN EL ENTRENAMIENTO EN COLONOSCOPIA

C. A. Ramos-Matamoras, J. A. González-González, A. R. Jiménez-Rodríguez, Hospital Universitario José Eleuterio González

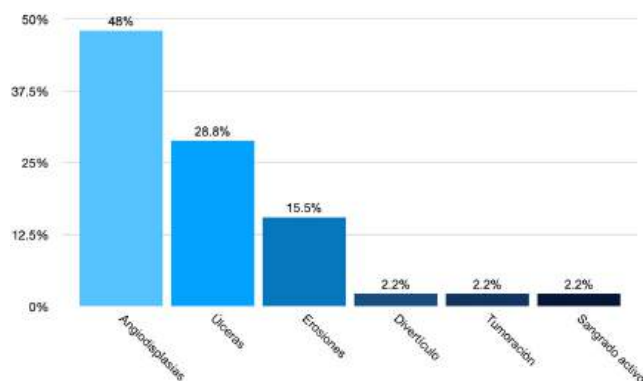
Introducción: La colonoscopia es una habilidad esencial en la formación del gastroenterólogo, pero su curva de aprendizaje es prolongada y técnicamente desafiante. La imagen endoscópica magnética, como la que proporciona ScopeGuide, permite visualizar en tiempo real la configuración del colonoscopia, y facilita la identificación y la resolución de asas. Esta tecnología puede mejorar la orientación espacial, acortar la curva de aprendizaje y aumentar la seguridad del procedimiento. Este estudio compara la utilidad del ScopeGuide respecto de la colonoscopia convencional en el entrenamiento de médicos en formación, además de evaluar su efecto en el desempeño técnico, confianza y percepción de seguridad.

Objetivo: Comparar la utilidad del modelo de imagen endoscópica magnética (Scopeguide) y la del método de colonoscopia convencional en el desempeño durante el entrenamiento de residentes de gastroenterología.

Material y métodos: Estudio cruzado, prospectivo y ciego simple realizado en la unidad de endoscopia del Hospital Universitario José Eleuterio González. Participaron dos residentes con menos de 100 colonoscopias previas, asignados aleatoriamente en dos fases: el residente A realizó primero 10 colonoscopias con ScopeGuide y luego 10 convencionales; el residente B hizo lo mismo en orden inverso. Las colonoscopias se efectuaron en pacientes adultos sometidos a colonoscopia ambulatoria electiva. Endoscopistas expertos supervisaron los procedimientos. Las habilidades técnicas se valoraron mediante un instrumento adaptado de la *DOPS Colonoscopy Assessment Form* y la *Mayo Colonoscopy Skills Assessment Tool*. Se aplicó un cuestionario estructurado después de cada fase para evaluar la satisfacción, confianza y seguridad de los residentes.

Resultados: Se analizaron los datos de 40 procedimientos realizados por dos residentes (A y B) con utilización de dos equipos de colonoscopia (ScopeGuide y convencional) en un diseño cruzado (fases 1 y 2). En cuanto a la puntuación total de desempeño, el residente B mostró una media ligeramente superior (26,4 vs. 25,1), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,394$). En el tiempo para alcanzar el ciego, el residente B también fue más rápido (11:00 min vs. 12:48 min), pero esta diferencia tampoco fue significativa ($p = 0,257$). En el análisis del efecto del equipo (ScopeGuide contra convencional) y del residente no se identificó interacción significativa entre equipo y residente ($F = 9,911$, $p = 0,003$). El equipo por sí solo ($p = 0,514$) y el operador por sí solo ($p = 0,348$) tampoco mostraron efecto significativo. El patrón de interacción reveló que el equipo ScopeGuide mejoró el desempeño del residente A, en tanto que el equipo convencional favoreció más al residente B (Figura 1). La fase del estudio tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre el desempeño de los residentes (evaluado a través de la

Figura 1. Hallazgos de la cápsula endoscópica. (Dom085)

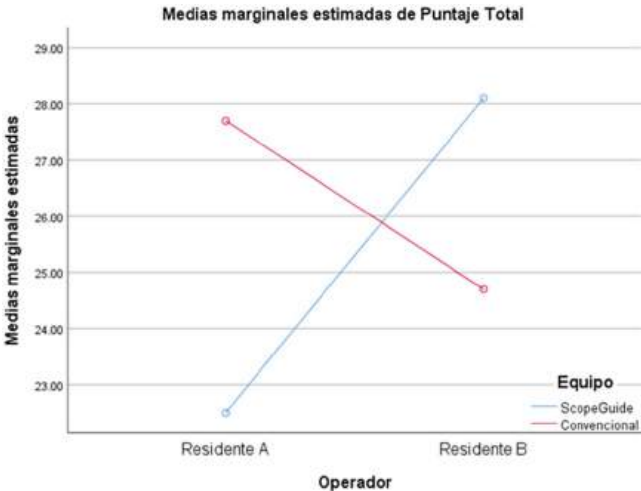


puntuación total), lo que sugiere que el cambio en el entorno o el equipo utilizado en la fase 2 pudo mejorar el rendimiento. No hay diferencias atribuibles al operador ni interacción significativa. La encuesta de satisfacción mostró que los residentes se sintieron más seguros, cómodos y satisfechos con su aprendizaje al utilizar ScopeGuide.

Conclusiones: El uso del sistema ScopeGuide en el entrenamiento en colonoscopia reveló un efecto variable según el operador, con una interacción significativa entre el tipo de equipo y el desempeño técnico, lo que sugiere que la eficacia de esta tecnología depende en gran medida del grado de adaptación individual. Aunque no se observaron diferencias globales significativas en la puntuación total ni en el tiempo de llegada al ciego, se reconoció una mejora general en la fase posterior del estudio, posiblemente relacionada con la curva de aprendizaje. Además, los residentes refirieron una percepción subjetiva positiva al utilizar ScopeGuide en su proceso de aprendizaje. Estos hallazgos apoyan el valor del ScopeGuide como una herramienta complementaria útil en la formación de habilidades endoscópicas, en particular durante las etapas iniciales del entrenamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Efecto del ScopeGuide y el residente en la puntuación total. (Dom086)



Dom087

HALLAZGOS DE COLONOSCOPIA E HISTOPATOLOGÍA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA Y FIT POSITIVO, EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

M. Téllez-Orozco, N. Reyes-Saavedra, J. I. Vinageras-Barroso, L. F. De Giau-Triulzi, Hospital Español de México

Introducción: La anemia en pacientes mayores de 60 años es un hallazgo clínico frecuente que puede ser indicativo de trastornos gastrointestinales relevantes, incluidas neoplasias colorrectales y lesiones premalignas. La prueba inmunoquímica fecal (FIT, *fecal immune test*) es una herramienta no invasiva con una sensibilidad de 79% y una especificidad del 94%, cuya finalidad es la detección de hemoglobina humana en las heces. En pacientes con anemia y FIT positiva, la colonoscopia permite identificar la causa del sangrado, mientras que el análisis histopatológico contribuye al diagnóstico definitivo.

Objetivo: Describir los hallazgos en la colonoscopia y la histopatología en pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico de anemia y FIT positiva en el Hospital Español de México.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a 44 pacientes con diagnóstico de anemia y prueba FIT positiva, sometidos a colonoscopia como abordaje de anemia entre enero de 2024 y febrero de 2025. Se clasificaron los hallazgos macroscópicos e histopatológicos relevantes. Las variables categóricas se analizaron con estadística descriptiva y se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 44 pacientes, de los cuales 29 (65,9%) eran mujeres y 15 (34,09%) hombres, con una edad media de 68,9 años. Hallazgos macros-

cópicos: enfermedad diverticular en 19 (43,1%), enfermedad hemorroidal en 12 (27,7%), colitis ulcerada en 8 (18,1%), angiodisplasias en 5 (11,3%), lesiones tumorales en 5 (11,36%), pólipos en 17 (38,6%, 13 diminutos y 4 pequeños), 1 caso de melanosis (2,2%) y 7 (15,9%) estudios normales. Se enviaron 22 especímenes a patología en 14 pacientes, 17 pólipos y cinco lesiones tumorales; de éstos, se informaron cinco pólipos hiperplásicos (11,3%) y 12 adenomas (27,7%), sin identificación de adenomas avanzados, 11 tubulares (91,6%) y 1 vellosos (8,3%); y 5 adenocarcinomas (11,3%).

Conclusiones: De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, en los pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico de anemia y prueba FIT positiva, el hallazgo macroscópico más común fue la diverticulosis. El 27,7% de los pacientes tenía pólipos adenomatosos y el 11,3% neoplasias malignas, lo que refuerza la recomendación de realizar colonoscopia en este grupo de pacientes.

Financiamiento: Este trabajo no tuvo patrocinio de ningún tipo.

Dom088

PREVALENCIA DE LESIONES COLORRECTALES EN PACIENTES CON ACROMEGALIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE 10 AÑOS (2014-2024) EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL

A. Félix-García, J. M. Maldonado-Martínez, J. F. Aguayo-Villaseñor, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La acromegalia es una afección crónica sistémica caracterizada por valores séricos circulantes elevados de hormona del crecimiento e IGF-1, efecto sobre todo de un tumor de la glándula pituitaria. El compromiso multisistémico incluye afectación cardiovascular, neuropsiquiátrica, respiratoria, metabólica, neurológica, neoplásica y gastrointestinal, lo que puede resultar en una pobre calidad de vida, una mayor tasa de hospitalización y una esperanza de vida acortada. En fecha reciente ha resultado aparente que los pacientes con acromegalia tienen una prevalencia mayor de adenomas colorrectales y cáncer y se considera la principal causa de muerte en estos sujetos. Muchos estudios demuestran que el cáncer colorrectal es la principal neoplasia relacionada con la acromegalia.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones colorrectales en pacientes con acromegalia en un periodo de 10 años en una unidad de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Se evaluaron de forma retrospectiva 117 reportes de colonoscopia completa de pacientes con diagnóstico de acromegalia, quienes acudieron para la realización del estudio con indicación de tamizaje de cáncer colorrectal, durante el periodo comprendido entre 2014 y 2024, en el servicio de endoscopia del Centro Médico Nacional de Occidente. Los datos se expresaron en frecuencias absolutas, porcentajes y medias aritméticas. Las lesiones colónicas se clasificaron con base en la Clasificación Endoscópica de París.

Resultados: Se incluyó a 117 pacientes, 61 mujeres (52,1%) y 56 hombres (47,8%), con una media de edad de 52,5 años e intervalo de edad de 20 a 78 años. Se informó que 63 (53,8%) pacientes tenían algún tipo de lesión colorrectal y en 54 (46,1%) no se identificaron lesiones. La frecuencia de lesiones por género fue de 42 (66,6%) en hombres y 21 (33,3%) en mujeres. Frecuencia de lesiones por grupo de edad: 18-39 años, 4 (6,35%); 40-59 años, 33 (52,3%) y > 60 años, 26 (41,2%). La prevalencia de lesiones colorrectales en esta cohorte fue de 53,8%. La frecuencia y el porcentaje de pacientes con lesiones colorrectales según la Clasificación de París se exponen en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio demuestran que la prevalencia de lesiones colorrectales en pacientes con acromegalia es comparable a la registrada en las publicaciones internacionales. La mayor proporción de pólipos se identificó en el grupo etario de 40 a 59 años, lo cual respalda las recomendaciones

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de pacientes con lesiones colorrectales según la Clasificación de París. (Dom088)		
Clasificación París	Frecuencia	Porcentaje (%)
0-Is	35	61,4%
0-Ip	9	15,7%
0-IIa	8	14,0%
0-Isp	4	7,0%
0-IIb	1	1,75%

actuales que sugieren iniciar el tamizaje colonoscópico a partir de los 40 años en esta población. Es fundamental considerar las dificultades técnicas inherentes a la realización de la colonoscopia en estos pacientes, así como la experiencia del endoscopista para optimizar la detección de lesiones premalignas. Se recomienda mantener el seguimiento endoscópico periódico conforme a los protocolos establecidos por las principales sociedades científicas.

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

Dom089

ULTRASONIDO A PIE DE CAMA (POCUS) COMO PREDICTOR DE LIMPIEZA COLÓNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS SOMETIDOS A COLONOSCOPIA

A. M. Guillén-Graf, E. M. Tovar-Bojórquez, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La colonoscopia es un procedimiento esencial para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del colon, cuya efectividad depende en gran medida de una adecuada preparación intestinal. En pacientes hospitalizados, esta preparación suele ser subóptima debido a múltiples factores como comorbilidades y fármacos, lo que puede comprometer la calidad del estudio y elevar el riesgo de complicaciones. Se carece de métodos objetivos anteriores al procedimiento que permitan decidir si la colonoscopia debe realizarse o posponerse. El ultrasonido a pie de cama (POCUS) se propone como una herramienta diagnóstica no invasiva, rápida y accesible para valorar de forma objetiva el contenido colónico antes de la colonoscopia.

Objetivo: Determinar si el ultrasonido a pie de cama es un predictor efectivo para una limpieza colónica adecuada en pacientes sometidos a una colonoscopia.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, doble ciego, en pacientes hospitalizados mayores de 18 años con indicación previa de colonoscopia en el Hospital Universitario José Eleuterio González (diciembre de 2024-marzo de 2025). Se incluyó a pacientes que completaron adecuadamente la preparación con polietilenglicol PEG-3350. Se evaluó la calidad de la preparación intestinal con la escala BBPS en adecuada (> 6 global y > 2 por

segmento). El ultrasonido se realizó con el equipo portátil Butterfly iQ/iQ+™ en cinco segmentos colónicos antes de la colonoscopia y la evaluación la efectuaron dos observadores capacitados que usaron el software Compass iQ+. Se clasificó de acuerdo con lo observado en el contenido de gas, líquido y sólido. **Resultados:** Se incluyó a 50 pacientes hispanohablantes (54% hombres, edad promedio de 61,75 años) sometidos a colonoscopia, principalmente por sangrado transrectal y diarrea. Las comorbilidades frecuentes fueron diabetes, hipertensión y VIH, con 42% de obesos. La preparación intestinal se evaluó con tacto rectal y visualización directa; el 6% requirió reprogramación por preparación insuficiente. Sólo 3 (6%) pacientes registraron una puntuación global en la escala de Boston < 6, indicativa de preparación inadecuada. Sin embargo, 11 pacientes (22%) tuvieron puntuaciones bajas (0-1) en al menos un segmento, y el colon derecho fue el más afectado. El ultrasonido abdominal identificó contenido sólido en 6 (12%) pacientes, con distribución similar (el colon derecho fue también el más afectado) (Figura 1).

Conclusiones: El ultrasonido a pie de cama mostró una posible correlación con la escala de Boston para detectar segmentos colónicos mal preparados, especialmente en el colon derecho. Aunque la mayoría tuvo una preparación adecuada, el ultrasonido identificó áreas con contenido sólido que podrían anticipar dificultades en la colonoscopia. Puesto que es accesible, esta técnica puede ser una herramienta complementaria útil, pero se necesitan estudios más amplios para confirmar su eficacia como método predictivo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

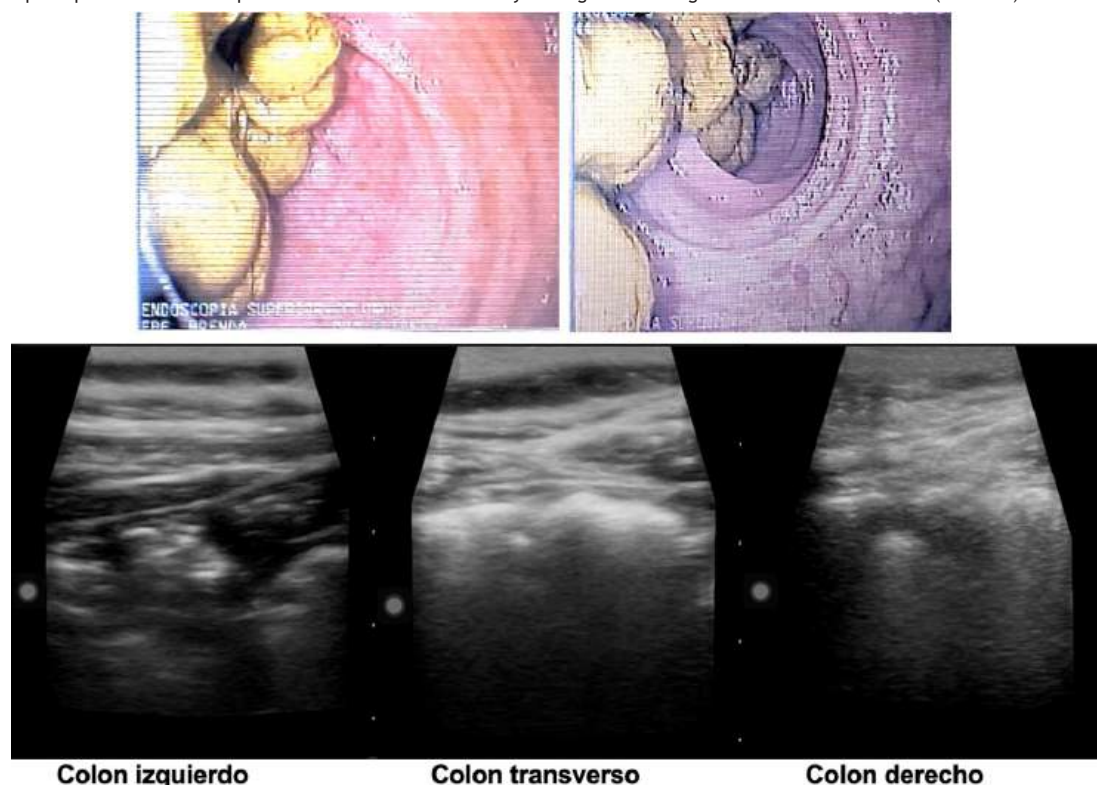
Dom090

DESARROLLO DE UN MODELO PREDICTIVO DE COLANGITIS AGUDA EN COLEDOCOLITIASIS MEDIANTE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING

L. A. Rosales-Rentería, U. I. Martín-Flores, C. Salcido-Yáñez, Grupo colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: La colangitis aguda es una complicación potencialmente letal de la coledocolitiasis, vinculada con una elevada morbilidad cuando se retrasan el diagnóstico y el tratamiento. La estratificación temprana del riesgo puede optimizar la toma de decisiones clínicas y priorizar la intervención

Figura 1. Ejemplo representativo de un paciente con Boston inadecuado y hallazgos ultrasonográficos de contenido sólido. (Dom089)



endoscópica. El uso de modelos de aprendizaje automático (*machine learning*) permite identificar patrones complejos en bases de datos clínicas estructuradas y ofrecer una herramienta potencial para mejorar la predicción de colangitis aguda en pacientes con coledocolitiasis.

Objetivo: Desarrollar y comparar el rendimiento diagnóstico de tres modelos de *machine learning* (Random Forest, XGBoost y regresión logística) para predecir colangitis aguda en pacientes con coledocolitiasis, con uso de variables clínicas, bioquímicas e imagenológicas recolectadas en un centro de referencia.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional, con base en el expediente médico automatizado (EMA) del Centro Médico ISSEMyM Toluca, que incluyó a 177 pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis durante el periodo de enero del 2022 a marzo del 2024. Se incluyeron variables clínicas, bioquímicas e imagenológicas recolectadas de expedientes electrónicos institucionales. La presencia de colangitis aguda se definió de acuerdo con el criterio de indicación para CPRE. Para el análisis se desarrollaron tres modelos de aprendizaje supervisado: regresión logística, Random Forest y XGBoost. La base de datos se preprocesó con codificación binaria y escalamiento de variables continuas. Se utilizó validación cruzada estratificada con división 70:30 para entrenamiento y prueba. El rendimiento diagnóstico se evaluó con el área bajo la curva ROC (AUROC), sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN).

Resultados: Se analizaron los datos de 177 pacientes con coledocolitiasis, de los cuales 26 (16%) tenían colangitis aguda. Se desarrollaron tres modelos predictivos mediante *machine learning*. El modelo de Random Forest obtuvo una AUROC de 0,86, con una sensibilidad del 82%, especificidad del 80%, VPP del 84% y VPN del 78%. El modelo de XGBoost mostró el mejor rendimiento con una AUROC de 0,87, sensibilidad del 84%, especificidad del 81%, VPP del 85% y VPN del 80%.

Por su parte, la regresión logística presentó una AUROC de 0,85, con sensibilidad del 78%, especificidad del 78%, VPP del 80% y VPN del 76% (Tabla 1). La comparación de modelos reveló un rendimiento superior de los algoritmos basados en árboles de decisión frente a la regresión logística habitual.

Tabla 1. Comparación del rendimiento diagnóstico de tres modelos de IA para predecir colangitis en la coledocolitiasis. (Dom090)					
Modelo	AUROC	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Random Forest	0,86	82%	80%	84%	78%
XGBoost	0,87	84%	81%	85%	80%
Regresión logística	0,85	78%	78%	80%	76%

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con coledocolitiasis, los modelos de aprendizaje automático demostraron una alta capacidad predictiva para identificar colangitis aguda. El modelo de XGBoost tuvo el mejor rendimiento diagnóstico, seguido de Random Forest y regresión logística. Estos resultados sugieren que el uso de modelos basados en *machine learning* puede ser una herramienta clínica útil para estratificar el riesgo de colangitis aguda y optimizar la priorización de la intervención endoscópica. Se requieren estudios prospectivos para validar su aplicabilidad en la práctica clínica.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom091

UTILIDAD DE LA NASOENDOSCOPIA PARA DETECCIÓN PRIMARIA DE VÁRICES ESOFÁGICAS EN HEPATOPATÍA CRÓNICA COMPENSADA: UNA NUEVA ESTRATEGIA DE CRIBADO

J. M. Millán-Alanís, C. A. Cortez-Hernández, L. A. González-Torres, R. A. Jiménez-Castillo, M. A. Saldaña-Ruiz, J. A. Cortez-Castilleja, Y. Ríos-Feria, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La descompensación clínica es el principal determinante de mortalidad en la cirrosis hepática. El gradiente de presión venosa hepática (GPVH) es el mejor predictor de descompensación; los valores ≤ 10 mmHg se relacionan con bajo riesgo y cada milímetro de mercurio adicional eleva el

riesgo 11%. El consenso de Baveno VII propone a la elastografía hepática y el recuento plaquetario como métodos no invasivos para detectar hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS), pero en algunos casos pueden subestimarla. La nasoendoscopia es un procedimiento económico y bien tolerado que permite visualizar directamente várices esofágicas.

Objetivo: Este estudio propone una estrategia de cribado que combine nasoendoscopia y elastografía en pacientes con hepatopatía crónica avanzada compensada (HCAC) para la detección de várices esofágicas.

Material y métodos: Estudio piloto realizado de enero del 2024 a enero del 2025 que incluyó a adultos con diagnóstico confirmado de HCAC sin antecedentes de hemorragia variceal. Se excluyó a los pacientes con consumo de ácido acetilsalicílico/anticoagulantes, afección nasosinusal o disfagia. Se realizó nasoendoscopia con endoscopios Fuji EG-530N (canal 2 mm) o PENTAX Ec-3890LZi (canal 3,8 mm). La rigidez hepática se midió con FibroScan Touch 502 (Echosens). Todos los participantes recibieron anestesia nasal tópica con lidocaína. Además de la detección de várices, también se evaluó la tolerancia (Inventario de Ansiedad de Beck, PHQ-9), dolor (EVA) y satisfacción posterior al procedimiento.

Resultados: Se analizó a 18 pacientes, con edad mediana de 58 años y distribución por género de 50/50. Nueve (50%) tenían esplenomegalia y uno ascitis. La mediana de Child-Pugh fue de 6 y MELD-Na de 9. La rigidez hepática fue de 17,4 kPa (RIC 14-32). La nasoendoscopia identificó várices en el 50%: 8 (44,4%) esofágicas pequeñas, 3 (17%) gástricas y una (5,6%) grande. Sólo una mostró estigmas de alto riesgo. Además, 7 (39%) tenían gastropatía hipertensiva portal, cuatro de ellas graves.

Según Baveno VII, 8 pacientes (44%) cumplían criterios para iniciar betabloqueadores; tres tenían várices en la nasoendoscopia y cinco no. Entre los 10 que no cumplían criterios, 6 (60%) sí presentaron várices: tres sólo várices esofágicas pequeñas, uno con várices esofágicas y gástricas, uno con várices esofágicas y gastropatía, y uno con várices esofágicas, gástricas y gastropatía. Mediante la nasoendoscopia usada como estándar, los métodos no invasivos mostraron sensibilidad y especificidad del 67%. En cuanto a la tolerancia, el 61% se sintió muy cómodo, 22% cómodo, 11% neutral y 6% incómodo. Todos aceptaron repetir el procedimiento. Tres pacientes (17%) refirieron dolor leve (máximo EVA 3). La mediana en la escala de Beck fue de 2; 67% experimentó ansiedad mínima, 22% leve y 11% moderada. En PHQ-9, la mediana fue de 1; 72% sin síntomas depresivos, 22% leves y 6% moderados. El 95% se mostró satisfecho y recomendaría el procedimiento.

Conclusiones: La nasoendoscopia resultó útil para reconocer várices en pacientes con HCAC, incluso en aquellos que no cumplían criterios no invasivos. Esto sugiere que la elastografía y las plaquetas pueden no identificar a todos los pacientes en riesgo de descompensación. La tolerancia fue alta y los grados de dolor y ansiedad bajos, lo que confirma su factibilidad ambulatoria. Si bien los criterios de Baveno VII han optimizado la estratificación, la nasoendoscopia puede ser útil en casos con limitaciones diagnósticas como la obesidad o los estados hiperdinámicos, o en pacientes con plaquetas conservadas. Su integración podría mejorar la identificación de pacientes en riesgo. Se requieren estudios mayores para validar su efecto clínico y definir los subgrupos que más se beneficiarían de este enfoque combinado.

Financiamiento: Recursos propios del departamento de gastroenterología y endoscopia digestiva del Hospital Universitario José Eleuterio González.

Dom092

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS BILIAR EN PACIENTES POSTRASPLANTADOS HEPÁTICOS SOMETIDOS A COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

J. P. Guerrero-Cabrera, O. M. Fierro-Angulo, A. Saúl-Pérez, I. Bartnicki-Navarrete, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La estenosis de la anastomosis biliar es una complicación frecuente tras el trasplante hepático ortotópico (THO), con implicaciones clínicas importantes como colestasis, colangitis y disfunción del injerto. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) representa el método diagnóstico y terapéutico de elección. Sin embargo, en la población mexicana no se han caracterizado completamente los factores vinculados con su desarrollo.

Objetivo: Identificar los factores clínicos, bioquímicos y endoscópicos relacionados con el desarrollo de estenosis de la anastomosis biliar en pacientes postrasplantados hepáticos sometidos a CPRE.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en pacientes con trasplante hepático ortotópico, mayores de 18 años, sometidos a CPRE entre enero de 2012 y diciembre de 2024 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recolectaron variables clínicas, bioquímicas y endoscópicas. Se aplicaron estadística descriptiva, pruebas bivariadas y modelo de regresión logística. Se compararon las pruebas de función hepática antes y después de la CPRE. **Resultados:** De 540 pacientes trasplantados, 78 se sometieron a CPRE (14%). El 85% mostró hallazgos en la vía biliar y la estenosis fue el más frecuente (91%), con una proporción de 93% que fue anastomótica. La mediana de edad fue de 48,2 años, 56,4% correspondió a hombres y 70% recibía triple inmunosupresión. Se observó mejoría estadísticamente significativa en las pruebas de función hepática después de la CPRE. No se encontraron relaciones significativas con diabetes, hipertensión, enfermedad autoinmune, isquemia fría o tiempo anhepático. Se observó una posible vinculación con el tipo de inmunosupresión ($p = 0,03$), no confirmada en el análisis multivariado.

Conclusiones: La estenosis de la anastomosis biliar es la complicación más común en pacientes postrasplantados hepáticos que requieren CPRE. La intervención endoscópica demostró ser eficaz en la mejora de parámetros bioquímicos. Aunque no se identificaron factores clínicos o quirúrgicos predictivos claros, se observó una posible relación con el tipo de inmunosupresión, lo cual merece mayor investigación. Estos hallazgos refuerzan la utilidad diagnóstica y terapéutica de la CPRE en el seguimiento posterior al trasplante.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento de ningún tipo.

Dom093

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DEL SÍNDROME DE MIRIZZI: EXPERIENCIA CON CPRE EN UN CENTRO DE REFERENCIA

C. A. Ramos-Matamoros, L. A. González-Torres, A. E. Guevara-Zavala, R. Reséndez-Guajardo, S. G. Arana-Villatoro, L. Manuel-Sáenz, H. J. Maldonado-Garza, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una afección biliar infrecuente causada por la impactación de un lito en el conducto cístico, que genera compresión, inflamación y posibles fístulas. Se presenta con ictericia, dolor abdominal y colecistitis y exige estudios como CPRE o colangiografía para su diagnóstico. Aunque por lo regular se trata con colecistectomía abierta, la laparoscopia es segura en centros especializados.

Objetivo: Describir la experiencia propia en cuanto al diagnóstico del síndrome de Mirizzi por CPRE, su tratamiento y desenlaces.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en 1 430 pacientes adultos sometidos a CPRE entre enero de 2018 y marzo de 2025 en el Hospital Universitario José Eleuterio González, incluidos aquéllos con diagnóstico de síndrome de Mirizzi. Endoscopistas certificados practicaron los procedimientos con un duodenoscopio Fujifilm ED-530 XT y fluoroscopia con arco en C Philips BV Endura con baja dosis de radiación.

Resultados: Se analizó a 23 pacientes con diagnóstico de síndrome de Mirizzi. La mediana de edad fue de 44 años (32-59), con predominio femenino (82,6%). Antes de la CPRE, 15 (65,2%) sufrieron dolor en el cuadrante superior derecho, 17 (74%) ictericia y 8 (35%) fiebre. Se documentó colecistitis en 10 (43%), colangitis en 7 (30%) y pancreatitis en una paciente. Hasta 13 (56%) tenían alto riesgo de coledocolitiasis, 3 (13%) ya contaban con diagnóstico de síndrome de Mirizzi confirmado por imagen y 7 (30,4%) tenían coledocolitiasis evidenciada por colangiografía.

Los valores bioquímicos mostraron las siguientes medianas: Hb 12,8 g/dL (11,4-14,3), leucocitos $8,16 \times 10^9/L$ (7,4-12,9), plaquetas $260 \times 10^9/L$ (176-314), AST 67 U/L (43-139), ALT 72 U/L (48-201), FA 295 U/L (211-418), bilirrubina total 7,5 mg/dL (2,7-12,6), directa 5,0 (2-7,7) e indirecta 2,5 (1,1-4,9). Durante la CPRE, la papila tipo 3 de Haralldsson fue la más común (52,2%), seguida de los tipos 1 (21,7%) y 2 (13%). Dos pacientes tenían esfinterotomía previa y uno fístula. Se practicó esfinterotomía de precorte en 20 casos (87%). La complejidad fue de grado I en 14 (60,9%), II en 8 (34,8%) y III en 1 (4,3%). La mediana del colédoco fue de 10,2 mm (7-12,1), el tiempo de fluoroscopia de 3,5 min (2,2-6,2) y la dosis de radiación de 29 mGy (15-52). En 2 (8,7%) casos

se recurrió a la colangioscopia. Se registraron dos pancreatitis posteriores a CPRE y un sangrado luego de la esfinterotomía controlado de modo eficaz. Se requirió una segunda intervención en 6 (26,1%) y en 14 (65,2%) se colocaron prótesis plásticas. El tipo I fue el subtipo más frecuente (82,6%), seguido de los tipos III y IV, con dos casos cada uno (8,7%). El tratamiento definitivo fue quirúrgico en 17 (74%): 13 colecistectomías laparoscópicas, dos abiertas, una conversión a cirugía abierta y un paciente con hepatoyeyunostomía. En cuatro no se obtuvo información quirúrgica y dos no fueron intervenidos. La **Tabla 1** resume el tratamiento por subtipo. Se registraron tres complicaciones posquirúrgicas: una lesión de vía biliar con colocación de *stent*, una perforación vesicular y una colección abdominal. Un paciente falleció por choque séptico. La fiebre al ingreso se relacionó significativamente con complicaciones posquirúrgicas ($p = 0,018$; OR, 2; IC95%, 1-3,99).

Conclusiones: Se notifica una serie de casos de síndrome de Mirizzi diagnosticados por CPRE, con predominio de la presentación de tipo I, acompañada de ictericia y dolor en el hipocondrio derecho. La colocación de prótesis plástica resultó útil como tratamiento puente y destacó el papel de la CPRE tanto en el diagnóstico como en la preparación preoperatoria, especialmente en pacientes con fiebre. La mayoría se trató con colecistectomía laparoscópica, con buenos resultados, lo que resalta la seguridad del abordaje de mínima invasión y el valor del enfoque multidisciplinario.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. (Dom093)		
Síndrome de Mirizzi	Intervención	n (%)
Tipo I (n = 19)	Segunda CPRE	5 (26,3%)
	Colecistectomía laparoscópica	11 (57,8%)
	Conversión laparoscopia → abierta	1 (5,2%)
	Colecistectomía abierta	1 (5,2%)
	Hepatoyeyunostomía	1 (5,2%)
	No se realizó procedimiento	1 (5,2%)
Tipo III (n = 2)	Sin información del procedimiento	4 (21%)
	Colecistectomía laparoscópica	1 (50%)
Tipo IV (n = 2)	No se realizó procedimiento	1 (50%)
	Colecistectomía laparoscópica	2 (100%)
CPRE, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.		

Dom094

ÍNDICE NEUTRÓFILO-CREATININA COMO PREDICTOR DE GRAVEDAD EN PANCREATITIS AGUDA

K. M. Bastida-Guadarrama, V. Hernández-Garza, Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Hernández, E. Fernando-Hernández, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un trastorno inflamatorio del páncreas con una amplia variedad de presentaciones clínicas, desde formas leves autolimitadas hasta formas graves con complicaciones sistémicas y riesgo de muerte. La mayoría de los pacientes con PA (80%) cursa con una enfermedad leve y autolimitada sin fallas orgánicas y complicaciones locales. Y hasta el 20% de estos pacientes desarrolla PA grave, que incluye manifestaciones del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), falla orgánica múltiple (FOM) y complicaciones vasculares o complicaciones pancreáticas. Existen múltiples escalas pronósticas para evaluar la gravedad, entre ellas los criterios de Atlanta, que es la escala más utilizada para determinar la gravedad al inicio del cuadro clínico; la Marshall que distingue a los pacientes en riesgo de falla orgánica; y los parámetros APACHE II, Ranson y BISAP que establecen el riesgo de mortalidad. En fecha reciente se han estudiado índices derivados de biomarcadores séricos, como el índice neutrófilo-linfocito (INL) que refleja el estado de inflamación sistémica al determinar el riesgo de falla orgánica, pancreatitis grave y mortalidad. Otra puntuación empleada es el índice plaqueta-linfocito (IPL) que también refleja el estado inflamatorio y agrega el componente protrombótico propuesto para predecir complicaciones vasculares y, por último, el índice neutrófilo-creatinina (INC) que suministra información de la inflamación y la falla

orgánica, todos datos útiles para predecir la gravedad y la mortalidad. Estos instrumentos se han propuestos como predictores económicos y accesibles en cualquier nivel de atención.

Objetivo: Comparar la capacidad predictiva de las escalas clínicas habituales y los biomarcadores inflamatorios en la determinación de la gravedad de la pancreatitis aguda.

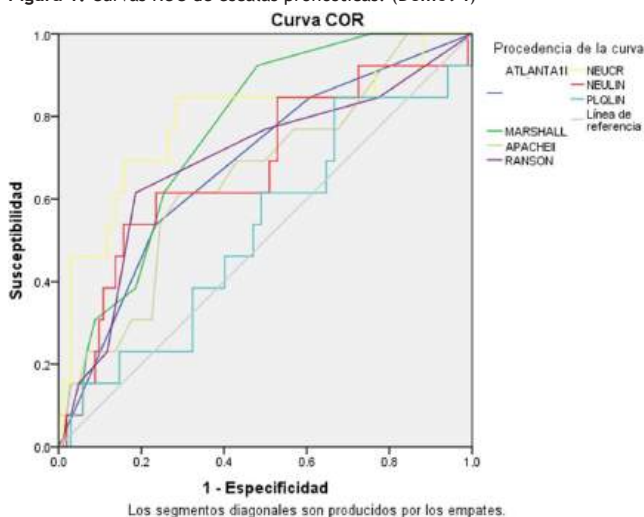
Material y métodos: Estudio observacional y analítico que incluyó a 294 pacientes hospitalizados en el área de gastroenterología con el diagnóstico de PA; se midieron los marcadores bioquímicos al ingreso y se calcularon las diversas escalas predictivas. Se construyeron curvas ROC y se analizaron las áreas bajo la curva (AUROC). Un valor de $p < 0,05$ se consideró significativo.

Resultados: Se incluyó a 294 pacientes, 159 (54,1%) de ellos hombres, con una media de edad de $40,25 \pm 13$ (38,77-41,74) años y la causa más frecuente fue la biliar en 113 (38,4%), seguida de alcohol en 94 (32%), idiopática en 45 (15,3%), hipertrigliceridemia en 27 (9,2%) y otras en 15 (5,1%). Para fines del análisis de las AUROC se tomó como referencia de riesgo de mortalidad al BISAP ≥ 3 y se observó que 13 (7,9%) pacientes cumplían con este criterio. El resultado del análisis de AUROC se muestra en la Figura 1.

Conclusiones: El índice neutrófilo/creatinina reveló una mayor precisión en la predicción de la presencia o progresión a la pancreatitis aguda grave en comparación con las escalas pronósticas habituales y ampliamente validadas. Esta característica lo posiciona como un marcador útil para la estratificación temprana de la gravedad, con el valor añadido de ser una herramienta accesible, reproducible y aplicable desde los niveles primarios de atención médica y, en consecuencia, se recomienda.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curvas ROC de escalas pronósticas. (Dom094)



Dom095

CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICES PRONÓSTICOS Y HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

K. M. Bastida-Guadarrama, V. Hernández-Garza, Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Rodríguez, E. Fernando-Hernández, J. J. Durán-Castro, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) varía en su presentación clínica, desde formas leves y autolimitadas hasta cuadros graves con falla multiorgánica. Dada su naturaleza heterogénea, la estratificación temprana de la gravedad es esencial para dirigir el tratamiento y anticipar las complicaciones. Para ello se han desarrollado diversos índices clínico-bioquímicos pronósticos, como Ranson, Atlanta, APACHE II, BISAP y Marshall que permiten calcular la gravedad del cuadro desde los primeros momentos de hospitalización. Asimismo, la tomografía computarizada (TC) se ha consolidado como una herramienta clave para la evaluación estructural del páncreas y la detección de complicaciones locales; la clasificación de Balthazar es la más empleada

en la práctica clínica. A pesar de su uso extendido, la relación entre los índices clínicos pronósticos y los hallazgos tomográficos no siempre es directa, lo que evidencia las discrepancias en la estratificación de la gravedad. Por consiguiente, se requieren estudios que evalúen el grado de correlación de estas pruebas complementarias con el fin de mejorar la capacidad predictiva de forma temprana.

Objetivo: Explorar el grado de correlación entre los hallazgos clínicos y de laboratorio incluidos en los índices de gravedad y las características radiológicas observadas en la TC con la clasificación de Balthazar.

Material y métodos: Estudio observacional y analítico de 294 pacientes hospitalizados en el servicio de gastroenterología con diagnóstico de PA. Al ingreso se evaluaron los marcadores bioquímicos, se aplicaron escalas pronósticas de gravedad y se realizó una búsqueda dirigida de hallazgos tomográficos, los cuales se clasificaron de acuerdo con la clasificación de Balthazar. Se realizó análisis de agrupamiento (*clustering* no supervisado) con uso del algoritmo K-means para identificar perfiles clínico-radiológicos en pacientes con PA. Las variables incluidas fueron las escalas pronósticas APACHE II, BISAP, Marshall, Ranson y la clasificación tomográfica de Balthazar. El número óptimo de *clusters* se determinó mediante el método del codo. Posteriormente se compararon los *clusters* en cuanto a desenlaces clínicos (ingreso a UCI, mortalidad, estancia hospitalaria) y puntuaciones de cada escala con ANOVA de un factor. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: El análisis identificó tres *clusters* diferenciados ($K = 3$) con base en las puntuaciones de las escalas clínicas y radiológica (Figura 1). El análisis ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas en las escalas APACHE II ($F = 41,23$; $p < 0,001$), BISAP ($F = 83,48$; $p < 0,001$), Marshall ($F = 6,30$; $p = 0,002$) y Ranson ($F = 215,66$; $p < 0,001$), pero no en la escala de Balthazar ($F = 1,72$; $p = 0,181$). No se observaron diferencias relevantes entre *clusters* en cuanto a mortalidad, ingreso a UCI o duración de la estancia hospitalaria.

Conclusiones: El análisis de *clustering* basado en escalas pronósticas clínicas permite identificar a grupos clínicamente diferenciados, pero éstos no se relacionan con diferencias significativas en la gravedad tomográfica ni en los desenlaces. Estos hallazgos resaltan la importancia de integrar datos clínicos, radiológicos y bioquímicos para una mejor estratificación del riesgo en PA grave. Los resultados sugieren que las escalas clínicas permiten segmentar a los pacientes en perfiles diferenciados, pero éstos no se reflejan en diferencias de gravedad radiológica según la clasificación de Balthazar. Esta discordancia clínico-radiológica podría deberse a que las escalas clínicas capturan aspectos fisiopatológicos distintos de los observables con TAC. La ausencia de diferencias en los desenlaces clínicos entre grupos también podría indicar una limitación del valor predictivo aislado de estas escalas o una homogeneidad de la atención clínica en la cohorte analizada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom096

IMPACTO PRONÓSTICO DEL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PANCREATITIS AGUDA

D. Núñez-Elizondo, J. Jáquez-Quintana, Hospital Ángeles Lomas Huixquilucan

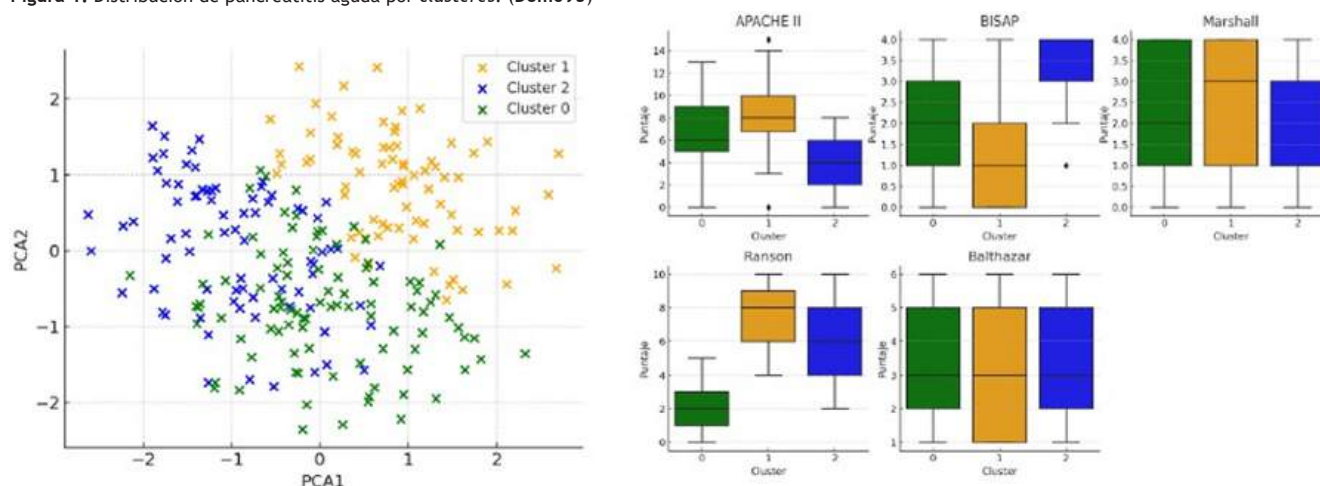
Introducción: La pancreatitis aguda es una causa común de ingresos hospitalarios de urgencia. Los pacientes requieren una reanimación hídrica intensiva en las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas; sin embargo, una elevada proporción de pacientes se presenta después de 24 horas. Existen pocos estudios enfocados en el diagnóstico y el tratamiento más allá de las primeras 24 horas.

Objetivo: Determinar si el retraso diagnóstico y terapéutico de la pancreatitis aguda modifica la gravedad de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado en el Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, México. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de pancreatitis aguda de cualquier origen. Se analizaron la duración de los síntomas antes del diagnóstico e inicio del tratamiento, las causas, la gravedad según los criterios de Atlanta y, cuando correspondía, las complicaciones durante la hospitalización, la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad. Las comparaciones estadísticas se efectuaron con las pruebas no paramétricas ji cuadrada y U de Mann-Whitney entre los grupos, con un nivel de significancia $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyó y analizó a un total de 264 pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda, de los cuales 106 se presentaron antes de las 24 horas desde el inicio de los síntomas y 158 después de ese término (Tabla 1). No se

Figura 1. Distribución de pancreatitis aguda por clusters. (Dom095)



encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo ($p = 0,105$) ni a la edad ($p = 0,431$). La pancreatitis biliar fue la causa más común en ambos grupos. No hubo diferencias significativas en las causas alcohólica o hipertriglicéridémica ($p > 0,05$). La gravedad de la enfermedad fue mayor en el grupo > 24 horas. Este grupo mostró más casos de pancreatitis moderada y grave según los criterios de Atlanta (19,3% y 3,4%, respectivamente; $p < 0,05$). Además, las complicaciones locales, como las colecciones de líquido peripancreático, fueron más frecuentes en los pacientes hospitalizados después de 24 horas (13,9% vs. 4,7%, $p = 0,016$). La estancia hospitalaria fue significativamente más prolongada en el grupo > 24 horas, con una mediana de nueve días en comparación con seis días ($p < 0,001$). Aunque se observó una proporción mayor de muertes en el grupo > 24 horas (14,6% vs. 10,4%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,320$).

Conclusiones: El retraso en el diagnóstico y el tratamiento de la pancreatitis aguda altera en grado significativo la morbilidad, lo que acentúa la gravedad, las complicaciones locales y la duración de la hospitalización. Aunque la mortalidad no mostró una diferencia estadísticamente significativa en este análisis, los hallazgos refuerzan la noción de que las primeras 24 horas son críticas para optimizar los desenlaces clínicos. Es fundamental mejorar el conocimiento entre los profesionales de la atención primaria para reducir los retrasos en el diagnóstico. Se requieren estudios futuros, incluidos protocolos clínicos aleatorizados en pacientes diagnosticados después de las 24 horas del inicio, con el fin de establecer estrategias de atención individualizadas orientadas a reducir al mínimo complicaciones y mejorar la recuperación del paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de las características basales y los desenlaces entre los grupos. (Dom096)

Variable	< 24 horas, n (106)	> 24 horas, n (158)	p
Sexo fem, n (%)	65 (61,3)	112 (70,9)	0,105
Edad años (p25-p75)	37,5 (25,75-52,25)	34 (26-48,25)	0,431
Etiología			
Etiología OH, n (%)	3 (2,8)	5 (3,2)	0,877
Etiología biliar, n (%)	91 (85,8)	142 (89,9)	0,319
Etiología hipertriglicéridémica, n (%)	8 (7,5)	9 (5,7)	0,548
Etiología, otra, n (%)	4 (3,8)	2 (1,3)	0,180
Gravedad			
Atlanta leve, n (%)	80 (30,3)	111 (42)	< 0,001
Atlanta moderada, n (%)	13 (4,9)	51 (19,3)	0,004
Atlanta grave, n (%)	0 (0)	9 (3,4)	0,024
*Complicaciones locales			
Líquido peripancreático, n (%)	5 (4,7)	22 (13,9)	0,016
Seudoquistes, n (%)	1 (0,9)	0 (0)	0,221
Necrosis estéril, n (%)	3 (2,8)	7 (4,4)	0,504
Necrosis infectada, n (%)	0 (0)	2 (1,3)	0,245
Estancia hospitalaria (días)	6 (4-8)	9 (6-13)	< 0,001
Muerte n (%)	11 (10,4)	23 (14,6)	0,320

Dom097

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A TROMBOSIS VENOSA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Rodríguez, E. F. Hernández, K. M. Bastida-Guadarrama, S. Camacho, F. Higuera-De-la-Tijera, M. Motola-Kuba, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La trombosis venosa es una complicación frecuente y grave en pacientes con pancreatitis aguda, que puede afectar tanto a la circulación abdominal (portal, esplénica, mesentérica) como a la pulmonar. La inflamación local, el daño endotelial y el estado de hipercoagulabilidad contribuyen a su desarrollo. Identificar los factores clínicos y de gravedad relacionados es esencial para mejorar el diagnóstico temprano y la atención oportuna.

Objetivo: Determinar las características clínicas, demográficas y los índices de gravedad vinculados con el desarrollo de trombosis venosa en pacientes con pancreatitis aguda.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles en un hospital de tercer nivel, incluidos los pacientes con pancreatitis aguda (2019-2024). Se compararon 36 casos de trombosis venosa confirmada por imagen (TC/RM con contraste) con 253 controles sin trombosis, pareados por edad y etiología. Se excluyó a los pacientes con COVID-19 activa o trombosis previa. Se analizaron variables demográficas, causas, índices de gravedad (Atlanta, APACHE II, BISAP, Marshall, Ranson, Balthazar), complicaciones locales (necrosis, absceso, seudoquistes), uso de HBPM, estancia hospitalaria/UCI y mortalidad. El análisis estadístico incluyó las pruebas ji cuadrada/Fisher (variables categóricas), t de Student/Mann-Whitney (variables continuas) y odds ratio con IC95%; la significancia se estableció en $p < 0,05$ mediante SPSS v.25.

Resultados: Se incluyó a 289 pacientes con pancreatitis aguda, de los cuales 36 (12,5%) tenían trombosis venosa. Distribución de los tipos de trombosis: trombosis esplénica en 18 pacientes (50%), trombosis portal en 10 (28%), trombosis mesentérica en 5 (14%) y trombosis pulmonar en 3 (8%). Las causas

más frecuentes en toda la población fueron pancreatitis biliar (41%) y alcohólica (29%). El grupo con trombosis mostró mayor proporción de hombres (67%) y una edad media más alta (54 ± 12 años) en comparación con el grupo sin trombosis. La gravedad clínica fue mayor en pacientes con trombosis, con un mayor porcentaje de casos con Atlanta grave (25% vs. 10%; $p = 0,01$), BISAP mortalidad alta (67% vs. 33%; $p < 0,001$), falla multiorgánica (61% vs. 29%; $p < 0,001$), y mayores puntuaciones en Ranson y Balthazar. Las complicaciones como necrosis pancreática (42% vs. 18%; OR 3,3) y absceso pancreático (19% vs. 4%; OR 5,87) estuvieron significativamente relacionadas con la trombosis. No se observaron diferencias en la frecuencia de pseudoquistes. El uso de HBPM fue significativamente mayor en el grupo con trombosis (81% vs. 40%; OR 6,5). Además, la estancia media en la unidad de cuidados intensivos y la hospitalaria fue más prolongada en estos pacientes (7,8 vs. 4,2 días y 20,5 vs. 14,3 días, respectivamente). La mortalidad fue mayor en pacientes con trombosis (14% vs. 6%), aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística (OR 2,56; $p = 0,07$).

Conclusiones: La trombosis venosa en la pancreatitis aguda se vincula con un perfil clínico de mayor gravedad, complicaciones locales como necrosis y abscesos pancreáticos, y estancias hospitalarias prolongadas. Las pancreatitis biliar y alcohólica son las causas más frecuentes en esta población. Aunque la mortalidad fue mayor en el grupo con trombosis, esta diferencia no fue estadísticamente significativa, y destaca la importancia del diagnóstico y la atención oportunos.

Financiamiento: Ninguno.

Dom099

ALTERACIONES METABÓLICAS A CORTO Y MEDIANO PLAZO EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, P. M. Diego-Salazar, F. Y. Vargas-Durán, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda representa una de las principales causas de hospitalización en gastroenterología. Si bien su atención en la fase aguda está bien establecida, cada vez existe mayor evidencia respecto de las secuelas metabólicas posteriores al episodio inicial, particularmente en relación con las alteraciones del metabolismo de la glucosa y los lípidos, aun sin cumplir criterios diagnósticos para pancreatitis crónica. Entre los mecanismos propuestos se encuentran la inflamación sistémica persistente, la disfunción endocrina del páncreas y la coexistencia de factores de riesgo metabólicos previos. Este estudio busca caracterizar dichas alteraciones y explorar los factores clínicos vinculados con su aparición.

Objetivo: Determinar la incidencia de alteraciones metabólicas tras un episodio de pancreatitis aguda en un período de seguimiento de 12 meses.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel en el que se incluyó a 154 pacientes adultos hospitalizados por un primer episodio de pancreatitis aguda entre 2021 y 2024. Se excluyó a aquellos con diagnóstico ya establecido de diabetes o dislipidemia. Se recopilaron datos clínicos, bioquímicos y de seguimiento a seis y 12 meses. Los parámetros evaluados incluyeron glucosa en ayuno, hemoglobina glucosilada (HbA1c), colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos y albúmina sérica. Asimismo, se analizaron variables clínicas como edad, sexo, gravedad según los criterios de Atlanta, presencia de necrosis pancreática y duración de la estancia hospitalaria. Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva, prueba t de Student para comparación de medias, prueba ji cuadrada para variables categóricas y regresión logística para el análisis multivariado. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 154 pacientes con primer episodio de pancreatitis aguda, con una edad media de 42,4 años; el 61,7% correspondía al sexo masculino. Al momento del ingreso, el 79,2% presentaba dislipidemia, proporción que se incrementó a 81,8% a los 12 meses. En relación con el metabolismo de la glucosa, el 12,3% desarrolló diabetes y el 49,4% mostró algún grado de alteración glucémica durante el seguimiento, incluidas la intolerancia a la glucosa o la glucosa en ayuno alterada. Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la dislipidemia pospancreatitis y los valores basales de triglicéridos ($p = 0,0001$) y colesterol total ($p = 0,0104$). En contraste, no se

observaron relaciones significativas con otras variables clínicas como la edad, el sexo, la hemoglobina glucosilada basal o la gravedad del cuadro agudo, según los criterios de Atlanta. En el modelo de regresión logística multivariado, tanto las cifras de triglicéridos como las de colesterol total al ingreso se identificaron como predictores independientes para el desarrollo de dislipidemia a mediano plazo.

Conclusiones: Las alteraciones metabólicas posteriores a un episodio de pancreatitis aguda son frecuentes, en especial la persistencia de la dislipidemia y la aparición de trastornos en el metabolismo de la glucosa en casi la mitad de los pacientes. Las concentraciones de triglicéridos y colesterol total al ingreso se identificaron como predictores independientes del desarrollo de dislipidemia a los 12 meses. Estos resultados enfatizan la necesidad de establecer protocolos de seguimiento metabólico estructurado tras el alta, sobre todo en pacientes con perfiles lipídicos alterados desde el inicio.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom100

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS DEL ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS: EXPERIENCIA DE UNA DÉCADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

N. F. Córdova-Valenzuela, J. A. Eligio-Carbajal, P. D. Guerrero-Ramírez, M. Baca-García, E. Del Río-Chacón, G. B. Aristi-Urista, A. Alfaro-Cruz, E. Ornelas-Escobedo, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP) representa más del 90% de las neoplasias pancreáticas exocrinas y constituye una de las principales causas de mortalidad por cáncer a nivel mundial. A pesar de los avances en técnicas quirúrgicas y tratamientos adyuvantes, la supervivencia global a cinco años es todavía menor al 10%, incluso en pacientes con enfermedad localizada y resecable. Los factores como el grado histológico, la invasión linfocascular y perineural, los bordes quirúrgicos y el compromiso ganglionar se acompañan de un pronóstico desfavorable. La caracterización de estos factores en esta población contribuye a fortalecer el entendimiento de este tumor.

Objetivo: Describir las características histopatológicas y quirúrgicas en pacientes con adenocarcinoma ductal de páncreas sometidos a resección quirúrgica en el Hospital General de México Eduardo Liceaga durante el periodo 2014-2024, con énfasis en factores vinculados con la agresividad tumoral.

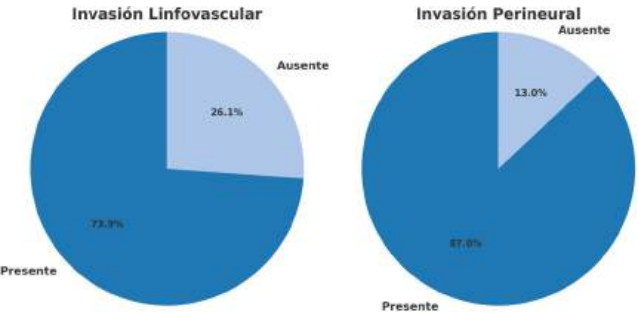
Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a pacientes con diagnóstico histopatológico confirmado de adenocarcinoma ductal de páncreas, posterior a pancreatoduodenectomía. Se revisaron 46 expedientes con informe histopatológico completo. Las variables evaluadas fueron edad, sexo, localización tumoral, grado de diferenciación histológica, bordes quirúrgicos, ganglios linfáticos (estadificación pN), invasión linfocascular, invasión perineural y el estadio pT y pM, respectivamente. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes; las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba ji cuadrada ($p < 0,05$).

Resultados: La edad media fue de $56,4 \pm 8,7$ años y los hombres representaron una proporción de 56,5%. El 95,7% de los tumores se localizaba en la cabeza pancreática. El 78,3% correspondió a malformaciones moderadamente diferenciadas; 87% tenía invasión perineural y 73,9% invasión linfocascular. Se observaron bordes quirúrgicos positivos en 30,4% y ganglios linfáticos positivos en 65,2%. En el análisis de asociación no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre sexo y bordes quirúrgicos ($\chi^2 = 0,23$; $p = 0,63$) ni entre grado histológico y número de ganglios positivos ($\chi^2 = 2,32$; $p = 0,67$). Sin embargo, se observó una mayor proporción de ganglios positivos en tumores moderadamente diferenciados. La Figura 1 muestra la elevada frecuencia de invasión linfocascular y perineural mediante gráficas circulares.

Conclusiones: En esta cohorte mexicana predominaron los tumores localizados en la cabeza pancreática, moderadamente diferenciados y con una alta frecuencia de invasión perineural (87%) y linfocascular (73,9%). Aunque no se identificaron relaciones significativas, estos hallazgos reflejan un perfil histopatológico agresivo que coincide con lo informado en las publicaciones internacionales y subraya la importancia de continuar la caracterización de factores pronósticos en esta población. Este trabajo descriptivo aporta datos relevantes para futuras investigaciones multicéntricas y para el diseño de estrategias terapéuticas locales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Distribución de la invasión linfovascular y perineural en la cohorte. (Dom100)



Dom101

GRAVEDAD EN PANCREATITIS AGUDA: ¿MARCA EL TABACO LA DIFERENCIA? UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

D. K. Torres-Ruvalcaba, M. A. Garza-Ledezma, J. O. Jáquez-Quintana, C. A. Cortez-Hernández, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El tabaquismo influye en la fisiopatología de la pancreatitis, con una relación clínica y epidemiológica clara con la pancreatitis aguda (PA). Una revisión sistemática mostró un riesgo relativo de 1,49 (IC95%, 1,29-1,72) para desarrollar PA en fumadores y hasta el 46% de los casos podría atribuirse al consumo de tabaco. Además, se reconoce una relación dosis-respuesta: consumos de 10 a 20 paq/año se acompañan de mayor probabilidad de PA moderada a grave frente a consumos menores de 10 paq/año. En México, el consumo actual de tabaco es del 15,3% y afecta al 24,3% de hombres y al 7,4% de mujeres. Aunque la función del alcohol en la etiopatogenia de la PA es ampliamente reconocida, el efecto del tabaquismo como factor independiente se ha subestimado. Evaluar su relación con la gravedad de la PA es clave para considerarlo un factor modificable y orientar estrategias preventivas.

Objetivo: Evaluar la relación entre el tabaquismo activo y la gravedad de la pancreatitis aguda.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de PA durante el periodo de 2020 a 2024. Tipo de estudio: descriptivo transversal, observacional y retrospectivo, en el que se utilizaron las variables de edad, sexo, presencia de tabaquismo, paquetes-años consumidos y gravedad clasificada por Atlanta. Se realizó una estadística descriptiva para las variables categóricas en la que se registraron porcentajes; se emplearon pruebas no paramétricas para las comparaciones mediante tablas cruzadas de 2 x 2 y la prueba ji cuadrada para evaluar la relación entre el tabaquismo y la gravedad. Para evaluar la relación entre la exposición del tabaquismo y el desenlace de la gravedad se utilizó la medida de razón de prevalencias (RP).

Resultados: Se incluyeron 228 expedientes, de los cuales el 28,9% correspondió a fumadores y el 71,1% a no fumadores. En la distribución por gravedad se notificó una prevalencia entre los fumadores de 51,5% con formas moderadas/graves de PA y en los no fumadores de 34% (Tabla 1). Se evaluó la intensidad en tres categorías: predominó la intensidad leve en el 56,9% (1-6 paq/año), seguida de la moderada (7-13 paq/año) en el 23% y la intensa en el 20% (≥ 14 paq/año). La mayoría de los pacientes con tabaquismo < 6 paq/año (64,9%) tenía pancreatitis leve y los individuos con > 7 paq/año desarrollaron pancreatitis moderada/grave en el 35,7%.

El análisis bivariado mostró una relación estadísticamente significativa entre el tabaquismo y la gravedad de la pancreatitis ($p = 0,021$), lo que indica que el tabaquismo influye en la gravedad de la pancreatitis. Se obtuvo un riesgo relativo (RR) de 1,52 (IC95%, 1,18-1,95; $p < 0,05$), en el cual los fumadores tienen un 52% más riesgo de presentar pancreatitis moderada/grave en comparación con los no fumadores.

Conclusiones: Los estudios previos han sugerido un vínculo entre el tabaquismo y la progresión de las enfermedades pancreáticas, principalmente en el contexto de la pancreatitis crónica. Sin embargo, la evidencia emergente señala su participación también en la forma aguda. Los resultados de este estudio se alinean con investigaciones recientes que demuestran que la exposición al tabaco contribuye a un entorno inflamatorio sostenido, lo cual podría exacerbar la afectación pancreática inicial. El riesgo relativo elevado subraya que el tabaquismo no sólo incrementa la probabilidad, sino también el efecto

clínico de la enfermedad. Estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar al tabaquismo como un factor modificable de riesgo clínico y como un blanco relevante para intervenciones preventivas en poblaciones vulnerables. **Financiamiento:** Este trabajo no recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Prevalencias de acuerdo con la gravedad de la pancreatitis aguda. (Dom101)

Variable	Fumadores (n = 66)	No fumadores (n = 162)	Total (n = 228)
Pancreatitis leve	32 (48,5%)	107 (66,0%)	139 (61,0%)
Pancreatitis moderada/grave	34 (51,5%)	55 (33,9%)	89 (39,0%)
Total	66 (100%)	162 (100%)	228 (100%)

Dom102

USO DE ESCALA PAN PROMISE EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DE TOLUCA (ESTUDIO WINTERFELL)

S. Cruz Contreras, D. A. Becerril-Mireles, I. Becerril-Gómez, A. Fuentes-Rivas, Hospital General de Toluca Dr. Nicolás San Juan

Introducción: En la actualidad, las escalas de medición de pancreatitis aguda están centradas en valores de laboratorio o imagen, pero ninguna de ellas considera los síntomas como parte del cuadro de criterios, por lo que la escala PAN PROMISE busca integrar la perspectiva clínica del paciente en la valoración de los enfermos con pancreatitis aguda.

Objetivo: Identificar la estadística demográfica de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda, describir el uso de la escala PAN PROMISE e identificar la puntuación de la escala PAN PROMISE con gravedad clínica del cuadro de pancreatitis aguda.

Material y métodos: Tipo de estudio: observacional, analítico, descriptivo, prospectivo y transversal.

Resultados: Estudio en el que participaron 45 pacientes en el periodo de octubre de 2024 a enero de 2025, de los cuales 31 eran del sexo femenino y 14 del masculino; el 66% de los casos de pancreatitis aguda se catalogó de origen biliar, 22% de origen alcohólico, 8% posterior a CPRE y 4% de origen metabólico. La edad promedio de presentación fue de 18 a 30 años. El registro de casos se clasificó de acuerdo con la escala de gravedad de Atlanta: 28 casos de PA leve, 12 moderadamente grave y 5 grave. La escala PAN PROMISE se aplicó a todo paciente con ingreso de PA, al ingreso, a las 48 h y al egreso de su estancia. Al ingreso destacó el dolor como el ítem con mayor calificación dentro de las primeras 24 h y se calificó con una puntuación de 10 en 60% de los casos, seguido por la distensión abdominal calificada con 9 en un total de 66%, dificultad para el consumo de los alimentos con 9 en 48%, náusea con 9 en 52%, estreñimiento con 7 en 47%, sensación de sed con 7 en un total de 44% y debilidad con 6 en 42% de los casos. La puntuación máxima obtenida en las primeras 24 h correspondió a 66 puntos en un paciente con PA grave en la que los ítems con mayor calificación fueron dolor, distensión y náusea con un total de 10 puntos cada uno y la menor fue de 52 en un individuo con pancreatitis aguda leve; la moda de presentación dentro de las 24 horas fue de 58 puntos. A las 48 horas destacaron la distensión abdominal, la dificultad para la alimentación y el estreñimiento como los tres ítems con mayor puntuación dentro del grupo con un 71% con 9 puntos para la distensión abdominal, 54% con 8 para la dificultad para la alimentación y 48% con 8 para el estreñimiento. La puntuación máxima total obtenida fue de 63 en un paciente catalogado con pancreatitis grave y la mínima de 32 registrada en un sujeto con pancreatitis leve. Al egreso se obtuvo una mayor puntuación en los ítems en relación con fatiga y distensión abdominal con puntuación total máxima de 31 puntos y menor de 16.

La media de estancia hospitalaria fue de cinco días, con un máximo de 18 días en un paciente con pancreatitis grave que requirió ingreso a la unidad de cuidados intensivos por tres días.

Conclusiones: La escala PAN PROMISE surge como una herramienta clínica de medición centrada en el paciente con pancreatitis aguda. Dado que es una escala sencilla y replicable, puede proporcionar un indicio del estado del paciente, si bien no es una escala que guíe u oriente hacia la gravedad. No

obstante, en algunos estudios previos y en este mismo se observa la relación entre una mayor puntuación y la mayor gravedad del cuadro, así como las principales molestias del cuadro en las primeras 24 horas y al egreso; estos signos pueden orientar de manera clínica y, con base en los síntomas, sobre su estado adjunto a diferentes herramientas. Se requiere mayor replicación de estudios con el uso de esta escala para poder demostrar su uso en estudios clínicos.

Financiamiento: Estudio autónomo.

Dom103

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA ACOMPAÑADA DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE POR INFECCIÓN DEL VIRUS DE HEPATITIS A

J. A. Garay-Ortega, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una complicación reconocida de la insuficiencia hepática aguda (IHA); se han propuesto diversos mecanismos etiológicos, incluido el daño directo a las células acinares pancreáticas por el agente causante de la IHA, virales o tóxicos, y otros mecanismos fisiopatológicos indirectos. Muchos virus, como el virus de la rubeola, el citomegalovirus, el virus de Epstein-Barr y el virus de la varicela zoster, pueden ocasionar PA; el virus de la parotiditis es la causa viral más común de PA. Sin embargo, se ha informado que los virus de la hepatitis también pueden intervenir en la patogenia de la PA. En casos de hepatitis de presentación fulminante, vinculada con PA, la gravedad de la hepatitis tiene un efecto decisivo en el pronóstico. Por lo anterior, se decidió describir dos casos, no relacionados, presentados al inicio de la primavera, con diagnóstico de hepatitis aguda por virus de hepatitis A (VHA) complicada con PA grave.

Objetivo: Describir de forma detallada las características clínicas y paraclínicas de una serie de pacientes, en los que la causa probable de pancreatitis aguda fue la infección previa con el virus de la hepatitis A.

Informe de casos: Caso 1. Paciente masculino de 21 años de edad. Acude al servicio de urgencias por cuadro de nueve días de evolución, caracterizado por fiebre no cuantificada, odinofagia y cervicalgia. Evoluciona a ictericia en mucosas y piel, además de somnolencia que avanza a estupor, motivo por el cual busca atención hospitalaria. La exploración física identifica ictericia generalizada. Se realizan pruebas serológicas para distintos patógenos, incluidos anticuerpos contra virus hepatotropos y no hepatotropos. Se establece el diagnóstico de insuficiencia hepática fulminante (IHF), hiperaguda por O'Grady, secundaria a VHA y PA grave (APACHE II de 24 puntos, BISAP de 4 puntos, Marshall modificado de 4 puntos). La tomografía abdominal señala pancreatitis edematosa intersticial, Balthazar D.

Caso 2. Hombre de 29 años de edad que ingresa a hospitalización por cuadro clínico de siete días de evolución, con mialgias predominantes en miembros pélvicos, dolor abdominal en mesogastrio, tipo opresivo, constante y de intensidad 9/10 en la escala numérica análoga del dolor, ictericia, hipertermia de 39°C, náusea y emesis de contenido gástrico, cefalea frontal y hemorragia gingival de 24 horas de evolución. El estudio serológico es concordante con infección por virus de hepatitis A. Patrón clínico y bioquímico consistente con pancreatitis aguda. Se establece el diagnóstico de IHF, hiperaguda por O'Grady, y PA grave (APACHE II de 25 puntos, BISAP de 3 puntos, Marshall modificado de 8 puntos), secundaria a infección por VHA.

Discusión: En la epidemiología de estos casos destaca que ambos son del género masculino, con edades de 20 y 30 años. Se observó un comportamiento clínico y bioquímico similar en ambos, en los que la ictericia precedió al cuadro de PA, manifestada por dolor abdominal en hipocondrio derecho y posteriormente transictivo, seguido del desarrollo de encefalopatía en un periodo de 24 a 48 horas. El valor promedio de bilirrubina total fue de 38 mg/dL en esta serie, con un valor máximo de 72,9 mg/dL, un resultado que se confirmó con múltiples determinaciones.

Conclusiones: Se necesita una mayor conciencia de la participación del páncreas en las hepatitis virales debido a que el VHA es un predictor independiente de complicaciones y puede tener un efecto sustancial en los desenlaces de los pacientes que exigen hospitalización y, en algunos casos, trasplante de hígado. Es necesario desarrollar estrategias que ayuden a identificar y estratificar el riesgo de las potenciales complicaciones vinculadas con el VHA, pero sobre todo implementar el esquema de vacunación para este tipo de infecciones que son prevenibles.

Financiamiento: Estudio privado.

Dom104

PANCREATITIS AGUDA COMO PRESENTACIÓN INICIAL ATÍPICA DE NEOPLASIAS DE LA ENCRUCIJADA BILIO-PANCREÁTICA

F. Romero-Aguilar, I. Aramburo-Lucas, H. D. Castro-Guillén, E. I. Montero-Archundia, E. García-Meza, E. Alatorre-Vázquez, V. Sánchez-Rodríguez, I. Arellano-Plascencia, P. C. Gómez-Castaños, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Introducción: La pancreatitis aguda es una de las entidades clínicas más comunes atendidas en el servicio de urgencias y el área de hospitalización de gastroenterología a nivel mundial. Se ha observado un incremento de la incidencia y los costos anuales hospitalarios en la última década; la población hispanohablante registra específicamente mayores tasas de insuficiencia orgánica. Existe limitada evidencia bibliográfica de causas malignas de la encrucijada biliopancreática como desencadenante, menor incluso del 1%. Se expone el caso de cuatro pacientes con neoplasias de la encrucijada biliopancreática que desarrollaron pancreatitis aguda como presentación atípica inicial.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las neoplasias de la encrucijada biliopancreática como causa de pancreatitis aguda, a través de una serie de casos en pacientes hospitalizados del HR Manuel Cárdenas de la Vega, ISSSTE, Culiacán.

Informe de casos: Véase la Figura 1.

Discusión: La pancreatitis aguda representa una de las entidades nosológicas más frecuentes en los servicios de urgencias y gastroenterología. La atención intrahospitalaria de la pancreatitis aguda es clave, así como la oportuna y adecuada identificación de la causa. A pesar de que las neoplasias de la encrucijada biliopancreática son causa conocida de pancreatitis aguda, aún representa una etiología diversa en el plano mundial; las principales neoplasias de la encrucijada biliopancreática que pueden ocasionar episodios de pancreatitis aguda son, por orden de frecuencia, neoplasias de la cabeza del páncreas, ampuloma y colangiocarcinoma extrahepático difuso distal. En este país no existe bibliografía que registre la incidencia precisa ni los factores de riesgo que pueden ayudar a establecer un diagnóstico temprano y oportuno, lo cual puede ayudar a una adecuada estadificación y por ende a disminuir las elevadas morbilidad y mortalidad de las neoplasias de la encrucijada biliopancreática.

Conclusiones: Las neoplasias de la encrucijada biliopancreática son causa poco frecuente de pancreatitis aguda. En este análisis se determinó un total de 108 pacientes con esta afección; el factor etiológico fue biliar en un 90,7% y en segundo lugar destacaron las neoplasias de la encrucijada biliopancreática con un 3,7%, superior a las causas más documentadas mundialmente, como el alcoholismo (1%) y la hipertrigliceridemia (1%). Dentro de las neoplasias más frecuentes se identificó el ampuloma (1-2% de todas las neoplasias del tubo digestivo) que puede originarse de cualquiera de los epitelios (duodenal, pancreático y biliar) y la neoplasia de la cabeza de páncreas, ambos de la estirpe del adenocarcinoma. Es necesario tener en consideración esta entidad etiológica/nosológica cuando se excluyan causas más comunes dentro del abordaje de la pancreatitis aguda, ya que su prevalencia podría estar subestimada. La evaluación exhaustiva mediante TC o CRM, así como los procedimientos endoscópicos terapéuticos como la CPRE o USE, son esenciales para detectar estas etiologías subyacentes malignas; asimismo, es necesario promover el reconocimiento clínico de este tipo de presentaciones atípicas y generar datos epidemiológicos locales que permitan dimensionar su verdadera incidencia y prevalencia para establecer algoritmos diagnósticos más eficaces a nivel nacional.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Representación de las causas de la pancreatitis aguda del Hospital Regional Manuel Cárdenas de la Vega, ISSSTE. (Dom104)

