



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 17 de noviembre de 2025

Endoscopia II

Lun165

DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON TOMA DE CULTIVO DE BILIS DURANTE LA COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON COLANGITIS AGUDA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

D. E. Flores-Pérez, E. Murcio-Pérez, J. I. Vinageras-Barroso, E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, J. J. Donis-Hernández, A. Padilla-Isassi, L. F. De Giau-Triulzi, Hospital Español

Introducción: La colangitis aguda según la *Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery* se define como infección del tracto biliar, normalmente secundaria a la obstrucción parcial o completa del conducto biliar o los conductos hepáticos. Tiene una mortalidad aproximada a 30 días de 2,6 a 5%. Los agentes causales más frecuentes son gramnegativos, seguidos de los grampositivos. Las guías de Tokio 2018 recomiendan la obtención de cultivo de líquido biliar en todos los casos de colangitis aguda, excepto en grado leve. Asimismo, los hemocultivos no deben realizarse de manera sistemática en la colangitis leve.

Objetivo: Conocer el valor de la toma de cultivo de bilis durante la colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) sobre el pronóstico hospitalario en pacientes con diagnóstico de colangitis aguda.

Material y métodos: Observacional, retrolectivo, comparativo y analítico. Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de colangitis, en quienes se realizó CPRE con toma de cultivo de líquido biliar en el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2024 en el Hospital Español. Los criterios de inclusión son pacientes mayores de 18 años atendidos por el servicio de endoscopia con colangitis aguda Tokio ≥ 2 . Se excluyó a aquellos con colangitis leve, enfermos cuyo motivo principal de ingreso no correspondía a colangitis y CPRE no exitosa.

Resultados: Se estudió a un total de 83 pacientes con colangitis aguda. La mediana de edad fue de 75 años (RIC, 59-82), con predominio del sexo masculino (55,4%). La coledocolitiasis fue la afección relacionada más frecuente en un 83,1%. El 68,7% de los pacientes presentó colangitis moderada y el 31,3% grave. La mediana de días desde el ingreso hasta la realización de la CPRE fue de un día (RIC, 0-2). Se obtuvieron cultivos biliares en 39 (47%) y hemocultivos en 19 (22,9%). El 28,9% de los pacientes ingresó a UTI, con una mediana de estancia de tres días (RIC, 2-7). La mortalidad hospitalaria

fue del 10,8%. Al comparar los grupos con cultivo (n = 39) y sin cultivo de biliar (n = 44) no se registraron diferencias estadísticamente significativas en la edad, sexo, trastornos relacionados, gravedad, ni días de estancia hospitalaria. La toma de hemocultivo fue significativamente más frecuente en el grupo con cultivo biliar (48,7% vs. 0%; $p < 0,001$). La estancia en UTI fue significativamente más prolongada en el grupo con cultivo biliar, 5 (RIC, 2-24) vs. 3 (RIC, 2-6) días, $p = 0,026$ (Tabla 1). Se obtuvieron 39 cultivos biliares, de los cuales 38 tuvieron resultados positivos (97,4%). Los hemo-

Tabla 1. Diferencias entre los pacientes con colangitis, con y sin cultivo biliar. (Lun165)

	Con cultivo de bilis n = 39	Sin cultivo de bilis n = 44	Valor de p
Edad	69 (RIC, 59-79)	77 (59-83)	0,14+
Sexo			
Masculino	23 (59%)	23 (52%)	0,54*
Trastorno relacionado			
Coledocolitiasis	31 (79,5%)	38 (86,4%)	0,47*
Tumor de páncreas	7 (17,9%)	6 (13,6%)	
Colangiocarcinoma	1 (1,2%)	1 (2,6%)	
Gravedad de colangitis			0,39*
Moderada (grado 2)	25 (64,1%)	32 (72,7%)	
Grave (grado 3)	14 (35,9%)	12 (27,3%)	
Días desde ingreso a CPRE	1 (RIC 0-1)	1 (RIC 0-2)	0,3+
Toma de hemocultivo	19 (48,7%)	0	< 0,001*
Días de estancia hospitalaria	9 (RIC 6-13)	8 (5-11)	0,12+
Ingreso a UTI	10 (25,6%)	14 (31,8%)	0,53*
Días de estancia en UTI	5 (RIC 4-24)	3 (2-6)	0,026+
Muerte	4 (10,3%)	5 (11,4%)	0,87*

cultivos se tomaron sólo en casos de cultivo biliar y 10 fueron positivos (52,6%). Existió una coincidencia entre microorganismos aislados en bilis y sangre del 60%. El tratamiento empírico se consideró apropiado en el 73,7% de los casos con cultivo biliar positivo. En el 26,3% de los casos, el resultado del cultivo llevó a cambiar el tratamiento: escalar el esquema en el 70% y desescalarlo en el 30%.

Conclusiones: El factor decisivo en la evolución de los pacientes con colangitis aguda es todavía la descompresión biliar oportuna mediante CPRE, y no necesariamente la toma de cultivos biliares. Si bien los cultivos pueden guiar ajustes en el esquema antimicrobiano, su efecto en términos de mortalidad y desenlaces clínicos parece limitado. Estos hallazgos confirman la importancia de priorizar la intervención endoscópica temprana como eje central del tratamiento, y sugieren la necesidad de conducir estudios adicionales que definan con mayor precisión los subgrupos de pacientes para identificar las variables necesarias para determinar si la realización de cultivos genera en realidad un beneficio en el paciente.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ninguna empresa.

Lun166

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA NEOPLASIA ASOCIADA A ESÓFAGO DE BARRETT: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN MÉXICO

A. E. Lara-Reyes, F. Valdovinos-Andraca, G. Grajales-Figueroa, R. Barreto-Zúñiga, A. F. Romano-Munive, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es un precursor del cáncer esofágico. El tratamiento endoscópico multimodal, con ablación por radiofrecuencia (ARF) y resección endoscópica (RE), ya sea con disección endoscópica de la submucosa (DES) o resección endoscópica de la mucosa (REM), ofrece una alternativa de mínima invasión para el tratamiento de la neoplasia relacionada con EB. Sin embargo, no existen estudios publicados que evalúen la seguridad y eficacia de este tratamiento en México.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento endoscópico multimodal para la neoplasia relacionada con esófago de Barrett en un centro de atención terciaria en México.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico histológico de neoplasia relacionada con esófago de Barrett que recibieron tratamiento endoscópico entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2023.

Resultados: Treinta y cinco pacientes con neoplasia relacionada con esófago de Barrett recibieron tratamiento endoscópico. La cohorte fue masculina en un 71,4% (n = 25), con una media de edad de 65 años. La mayoría (86,7%, n = 30) tenía sobrepeso u obesidad; más del 50% (n = 18) presentaba hernia hiatal; y el 40% (n = 13) tenía antecedente de tabaquismo. El Praga inicial promedio fue de C 4,3 cm (1-13), M 5,4 cm (2-13). La displasia de bajo grado (57%, n = 20) y el carcinoma intramucoso (23%, n = 8) fueron los hallazgos histológicos más frecuentes. Se realizó un total de 106 sesiones de ablación por radiofrecuencia (ARF) (media 3,02/paciente; DE 1,8) y 11 procedimientos de resección endoscópica (6 REM y 5 DES). Cuatro pacientes se excluyeron del análisis final: tres debido a edad avanzada y pérdida de seguimiento (edad > 88 años), y una muerte por endocarditis durante el tratamiento. Ocho individuos continúan en tratamiento activo. Hasta 23 completaron el tratamiento y se incluyeron en el análisis final (mediana de seguimiento de cinco años). Se logró la erradicación completa de la metaplasia intestinal en el 90,9% (n = 20) y la tasa de erradicación de displasia fue del 100%. La recurrencia de esófago de Barrett se presentó en el 18,18% (n = 4) y se trató de forma exitosa con ARF. No se observó progresión al adenocarcinoma. Todos los pacientes con carcinoma intramucoso se mantienen en remisión hasta la fecha. La estenosis fue la complicación más común (17,14%, n = 6) y el tratamiento fue exitoso mediante dilatación endoscópica.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico multimodal, que combina técnicas de ARF y resección endoscópica, demuestra ser eficaz y seguro para la atención de la neoplasia relacionada con EB en México. Este abordaje ofrece una elevada tasa de remisión y erradicación tanto de la metaplasia intestinal como de la displasia, con complicaciones manejables, y representa una opción terapéutica importante para los pacientes con EB en México.

Financiamiento: Ninguno.

Lun167

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE PÓLIPOS COLORRECTALES MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN JNET EN RESIDENTES DE ENDOSCOPIA

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

Introducción: La clasificación JNET permite caracterizar lesiones colorrectales con alta precisión mediante NBI y magnificación óptica, pero su adopción global es limitada por la falta de capacitación y acceso a tecnología específica.

Objetivo: Evaluar el efecto de un programa de capacitación educativa en el rendimiento diagnóstico de residentes de endoscopia gastrointestinal con uso de imágenes tomadas con la tecnología NBI y *Near Focus* de Olympus.

Material y métodos: Diseño de estudio cuasi experimental de tipo antes-después. Población de estudio: se incluyó a residentes de endoscopia de primer y segundo años que concedieron su consentimiento para participar en el estudio. Se excluyó a aquéllos con entrenamiento previo formal en clasificación JNET o que no completaron todas las fases del protocolo.

Las evaluaciones se realizaron con colonoscopios Olympus 190 EVIS EXERA III y magnificación óptica y *Narrow Band Imaging* (NBI) en modo *Dual Focus*. El procedimiento incluyó la siguiente secuencia:

1. Evaluación inicial: cada participante clasificó un conjunto estandarizado de imágenes endoscópicas de lesiones colorrectales obtenidas con *Dual Focus* y NBI. Se registraron sus diagnósticos para análisis de sensibilidad, especificidad y concordancia interobservador.

2. Intervención (capacitación). El programa de capacitación consistió en sesiones teóricas y talleres prácticos enfocados en principios de NBI y *Dual Focus*; reconocimiento de patrones vasculares y de superficie de acuerdo con la clasificación JNET; e interpretación de imágenes endoscópicas con ejemplos representativos y discusión interactiva.

3. Evaluación posterior a la capacitación: los mismos participantes clasificaron un conjunto equivalente de imágenes, comparable en número y dificultad, para medir cambios en su rendimiento diagnóstico. Para el análisis estadístico se emplearon pruebas estadísticas apropiadas para comparar proporciones (prueba de McNemar para sensibilidad y especificidad antes y después), así como el coeficiente kappa para medir la concordancia interobservador. El análisis estadístico se efectuó con el software R (The R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: El rendimiento diagnóstico de JNET antes de la capacitación mostró una sensibilidad de 67%, especificidad de 85%, precisión global del 80% e índice kappa de 0,51, con amplia variabilidad entre los residentes. Los errores frecuentes incluyeron sobrediagnóstico de pólipos hiperplásicos y confusiones entre categorías JNET 2a y 2b. Tras la capacitación, la sensibilidad aumentó a 79%, la especificidad a 91,0%, la precisión global a 88% y el índice kappa a 0,69, con reducción significativa de los errores más críticos.

Conclusiones: La capacitación estructurada tiende a mejorar los indicadores diagnósticos, disminuir la variabilidad interobservador y corregir errores frecuentes, lo que refuerza la importancia de los programas educativos formales. Los estudios previos han demostrado resultados similares y destacan el valor de la enseñanza estructurada, la práctica deliberada y la simulación para adquirir competencias diagnósticas avanzadas en endoscopia.

Financiamiento: Ninguno.

Lun168

IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS INICIALES HACIA LAS PRUEBAS DE TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN PERSONAS EN EDAD DE ESCRUTINIO EN EL NOROESTE DE MÉXICO: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PRUEBA INMUNOQUÍMICA FECAL Y COLONOSCOPIA

M. A. Vargas-Hernández, C. R. Elías-Ortega, E. Ledesma-Martínez, M. M. García-Favela, C. O. Morales-Gómez, M. A. Sánchez-Escandón, J. Félix-Gurrola, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de incidencia y mortalidad por cáncer a nivel mundial, con un aumento

significativo en México, especialmente en estados del norte como Baja California. A pesar de que el tamizaje temprano mediante la prueba inmunológica fecal (FIT) o la colonoscopia puede reducir en grado significativo la mortalidad, la participación en programas de detección en el país es baja. Esta situación se agrava por el limitado conocimiento sobre las pruebas y el efecto de factores como el miedo y la baja percepción de riesgo, lo que dificulta la implementación de estrategias educativas efectivas.

Objetivo: Explorar las actitudes iniciales y las barreras percibidas hacia la prueba FIT y la colonoscopia como métodos de tamizaje de CCR en adultos en edad de cribado en Mexicali, Baja California.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de junio a julio de 2025, en el que se aplicó un cuestionario a 788 personas de 45 a 80 años. Antes de recibir información detallada se les preguntó sobre su disposición a realizarse una prueba FIT y una colonoscopia y se les ofrecieron opciones como “Sí me la haría”, “No sé qué es”, “No me interesa”, “No la necesito”, “No sé cómo se hace” y “Tengo miedo”. Se utilizaron análisis univariado y regresión logística multivariada para identificar las relaciones entre las variables sociodemográficas y la disposición al tamizaje.

Resultados: Se extrajo una muestra de 1 000 personas, de la cual se analizaron las respuestas de 788 participantes, debido a que el resto contaba con escrutinio para CCR previo. El 49,6% (391) mostró disposición a someterse a la prueba FIT, mientras que sólo el 30,6% (241) estaría dispuesto a una colonoscopia. El conocimiento sobre la prueba FIT fue muy bajo (apenas 5,1% la conocía), a diferencia de la colonoscopia (72,7% la conocía). La prueba FIT mostró mayor aceptación, relacionada de manera significativa con el conocimiento (OR, 0,005; $p < 0,001$), el interés personal (OR, 0,003; $p = 0,003$) y la afirmación “sí me la haría” (OR, 93,894; $p < 0,001$). Aunque la colonoscopia fue menos aceptada, su disposición también se relacionó con la afirmación “sí me la haría” (OR 8.563; $p < 0,001$). Sin embargo, la aceptación de la colonoscopia se vio negativamente afectada por el miedo (OR, 0,024; $p < 0,001$) y la falta de información (OR, 0,621; $p = 0,042$). Para ambas pruebas, no recibir una indicación médica también redujo la probabilidad de aceptación, para FIT (OR, 0,113; $p = 0,013$) y para colonoscopia (OR, 0,215; $p = 0,034$).

Conclusiones: La disposición a realizarse el tamizaje de CCR se encuentra influida por factores psicosociales como el conocimiento, el interés y el miedo. A pesar de ser menos conocida, la prueba FIT mostró mayor potencial de aceptación que la colonoscopia, lo que sugiere su viabilidad en entornos con recursos limitados. La falta de indicación médica destacó el papel crucial del personal de salud en la promoción del tamizaje. Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar intervenciones personalizadas que aborden las barreras cognitivas y emocionales, y que promuevan una comunicación clara y culturalmente adaptada para mejorar la cobertura de tamizaje en Mexicali.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun169

MODELO DE LENGUAJE GENERATIVO EN LA CLASIFICACIÓN DE PÓLIPOS COLORRECTALES MEDIANTE IMÁGENES ENDOSCÓPICAS

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

Introducción: La inteligencia artificial (IA) ha mejorado la calidad de la colonoscopia mediante los sistemas CADE y CADx. En paralelo, los modelos de lenguaje como ChatGPT han mostrado potencial para apoyar tareas clínicas, aunque su aplicación en endoscopia digestiva aún carece de validación suficiente.

Objetivo: Evaluar el desempeño de los modelos ChatGPT (GPT-3.5, GPT-4 y GPT-4 MiniHigh) en la clasificación de lesiones colorrectales a partir de imágenes endoscópicas reales, al comparar con un endoscopista capacitado y otro sin capacitación formal.

Material y métodos: Estudio comparativo transversal con imágenes obtenidas con un colonoscopio Olympus 190 HQ EVIS EXERA III (NBI y *Near focus*), clasificadas según la calificación de París, determinación de tamaño, NICE y JNET. Las interpretaciones de modelos y endoscopistas se compararon con el coeficiente kappa.

Resultados: El endoscopista capacitado obtuvo el mejor desempeño global. Los modelos, especialmente GPT-4 MiniHigh, mostraron resultados

destacados en determinación del tamaño (exactitud de 0,879; kappa de 0,612) y clasificación NICE (exactitud de 0,630; kappa de 0,366), mayores que los registrados en el observador no capacitado en estas áreas. Sin embargo, sí tuvieron limitaciones en las calificaciones de París y JNET.

Conclusiones: Los modelos de lenguaje pueden complementar la práctica endoscópica y mejorar la estandarización en áreas específicas, pero no reemplazan la experiencia ni el criterio de un endoscopista entrenado.

Financiamiento: Ninguno.

Lun170

USO DE N-ACETILCISTEÍNA Y SIMETICONA PARA MEJORAR LA VISIBILIDAD DE LA ENDOSCOPIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN BASE A LA PUNTUACIÓN DE LA LIMPIEZA GASTROINTESTINAL SUPERIOR DE TORONTO (TUGCS)

A. M. García-Baca, I. E. Gerónimo-Coronado, H. D. Flores-Peñúñuri, S. Hidalgo-Muñoz, K. A. Gámez-Leyva, L. A. Sánchez-Pérez, F. Téllez-Ávila, P. Valdez-Hernández, J. A. Camacho-Escobedo, Hospital General de Mexicali

Introducción: La endoscopia del tubo digestivo alto es el método diagnóstico de elección para la evaluación del tracto gastrointestinal superior. La presencia de secreciones, espuma y burbujas puede limitar la visualización adecuada. Diversos estudios han evaluado agentes antiespuma como la simeticona y la N-acetilcisteína como mucolíticos preendoscópicos para mejorar la limpieza durante la evaluación endoscópica con resultados discordantes o estudios con pobre diseño metodológico. La puntuación de limpieza gastrointestinal superior de Toronto (TUGCS) es una herramienta objetiva y estandarizada para evaluar la limpieza durante la endoscopia.

Objetivo: Evaluar si el uso combinado de N-acetilcisteína y simeticona mejora la visibilidad de la mucosa gastrointestinal durante la endoscopia alta.

Material y métodos: Se realizó un estudio clínico aleatorizado, controlado, doble ciego y multicéntrico en dos hospitales de Mexicali, Baja California (Hospital General y Hospital Almatér) entre octubre de 2024 y julio de 2025. Fue aprobado por el comité de ética del Hospital Almatér. Se asignaron pacientes aleatoriamente (1:1) a un grupo de intervención (N-acetilcisteína 600 mg + simeticona 100 mg vía oral) o placebo, administrados 30 min antes de la endoscopia. La preparación y codificación de soluciones se realizaron por personal externo para asegurar el cegamiento. Se evaluó la limpieza gástrica mediante el TUGCS y se consideró buena visibilidad una puntuación ≥ 8 . El análisis estadístico se realizó en R y Epi Info, con $p < 0,05$ como significativo. Se usaron t de Student o U de Mann-Whitney para TUGCS, y χ^2 o Fisher para variables cualitativas. El tamaño de muestra calculado fue de 66 por grupo.

Resultados: Se analizó a 88 pacientes, 48 en el grupo placebo y 40 en el grupo que recibió la premedicación (N-acetilcisteína y simeticona), 25 pacientes femeninos en el grupo placebo y 26 en el grupo de intervención con una edad media de 64 y 55 años, respectivamente. No existió diferencia en las características basales de los pacientes incluidos en cada grupo. La mediana de duración de endoscopia fue de 6,4 minutos del grupo placebo y 5,7 minutos; la duración total del procedimiento fue de 2,9 minutos y 2,8 minutos, respectivamente.

Con respecto al tiempo destinado a la visualización de la mucosa, se observó una diferencia estadísticamente significativa; el tiempo de visualización fue menor en el grupo intervención con una mediana de 3,0 minutos (RIC, 2,5-3,7) en comparación con 4,1 minutos (RIC, 3,0-4,9) con valor de $p = 0,002$.

En cuanto a la calidad de la limpieza del tracto gastrointestinal que se evaluó mediante la escala TUGCS (*Toronto upper gastrointestinal cleaning score*), la mediana de puntuación fue de 11 (RIC, 10-12) en el grupo de intervención y 10 (RIC 8-11) en el grupo de placebo ($p \leq 0,001$).

Por último, se tomaron dos puntos de corte en la puntuación de TUGCS, 9 puntos como excelente visualización y 8 como visualización óptima. Con puntuación de corte TUGCS ≥ 7 puntos se obtuvo un riesgo relativo (RR) de 1,14 (IC95%, 0,99-1,31), mientras que con la puntuación TUGCS ≥ 8 el RR fue de 1,26 (IC95%, 1,06-1,5), y con la puntuación TUGCS ≥ 9 el RR fue de 1,57 (IC95%, 1,22-2,01) (Figura 1).

Conclusiones: La administración de N-acetilcisteína y simeticona preendoscópica mejora significativamente la limpieza gástrica medida por la puntuación TUGCS en comparación con el placebo y reduce el tiempo de visualización de la mucosa. Los resultados respaldan el uso de esta combinación

farmacológica como una estrategia eficaz para optimizar la visibilidad en estudios endoscópicos de rutina.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Diagrama de bosque comparativo de la puntuación obtenida en la escala TUGCS. (Lun170)

