



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 17 de noviembre de 2025

Colitis y neurogastroenterología IV

Lun171

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS GASTROINTESTINAL EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. P. Escobedo-Zúñiga, L. E. Escobedo-Jaimes, F. Higuera-De-la-Tijera, Y. Velasco-Santiago, B. Jiménez-Bobadilla, B. Ortega-Flores, L. E. Graniel-Palfox, M. L. Hernández-Mendel, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: A nivel mundial se informa que un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis* y 5 a 10% desarrollará la enfermedad. En 2023 se registraron 10,8 millones de casos y 1,25 millones fallecieron. Hasta 85% de los casos ocurrió en países con ingresos medianos y bajos. La principal afectación es pulmonar (85%); las formas extrapulmonares representan 15 a 30% de los casos y la afectación gastrointestinal 1 a 3%. En México se notifican 25 936 casos, 80,8% pulmonares y 17,1% extrapulmonares, con 1,7% de formas intestinales y peritoneales. La localización más frecuente es la ileocecal, seguida de colon, esófago, estómago y vesícula. Sus síntomas no son específicos y pueden confundirse con otros diagnósticos, como enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer o abdomen agudo. El diagnóstico es un reto porque son formas paucibacilares y se confirma mediante tinciones especiales, baciloscopia, PCR, secuenciación o cultivos positivos para micobacterias. Al ser una anomalía poco frecuente y de difícil diagnóstico es importante caracterizar y describir los casos principalmente en regiones endémicas, como este país, para considerar infección por tuberculosis como un diagnóstico diferencial.

Objetivo: Describir las principales características demográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis gastrointestinal atendidos en el Hospital General de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional; se tomó en cuenta a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de tuberculosis gastrointestinal entre los años 2021 y 2024. Se empleó estadística descriptiva para el análisis de datos y se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas; para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes, de los cuales 34 fueron hombres (56,66%) y 26 mujeres (43,33%). El promedio de edad fue de 36,75 ($\pm$ 13,70), como se observa en la Tabla 1. El sitio más frecuente fue la región ileocecal (29 pacientes; 48,33%) y los puntos menos comunes fueron estómago y esófago (1,66%; 1 paciente). El microorganismo más aislado fue *Mycobacterium*

bovis en 37 de los casos (61,66%). El síntoma gastrointestinal más frecuente fue dolor abdominal en 31 pacientes (51,66%), seguido de oclusión intestinal o perforación en el 30% de los casos (18 pacientes). El síntoma extraintestinal más común presentado fue fiebre con 38 pacientes (63,33%), seguido de la pérdida de peso en 16 pacientes (26,66%). Hasta el 41,66% (25 pacientes) refiere consumo de lácteos no pasteurizados, lo que representa un factor modificable importante. El 65% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad, la más frecuente de las cuales fue el diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana. La mayoría de los diagnósticos se estableció con baciloscopia o tinciones especiales para micobacterias (63,33%), mientras que 6,66% mediante adenosindeaminasa (ADA) positiva o desarrollo de cultivo (6,66%). La mortalidad notificada fue del 25% (15 pacientes).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis gastrointestinal. (Lun171)

Sexo	Frecuencia (n = 60)	%
Hombres	34	56,66
Mujeres	26	43,33
Sitio de diagnóstico		
Región ileocecal	29	48,33
Peritoneo	16	26,66
Colon y recto	8	13,33
Hígado	3	5
Esófago	2	3,33
Estómago	1	1,66
Bazo	1	1,66
Microorganismo aislado		
<i>Mycobacterium bovis</i>	37	61,66
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	17	28,33
Complejo MAC (<i>M. avium</i> , <i>M. colombiense</i>)	4	6,66
<i>Mycobacterium abscessus</i>	1	1,66
Micobacteria no identificada	1	1,66

Síntoma gastrointestinal		
Dolor abdominal	31	51,66
Oclusión/perforación intestinal	18	30
Diarrea crónica	5	8,33
Rectorragia	3	5
Dispepsia/hemorragia digestiva alta	2	3,33
Estreñimiento	1	1,66
Método diagnóstico		
Biopsia con tinción positiva/BAAR +	38	63,33
Gene Xpert	14	23,33
ADA	4	6,66
Cultivo	4	6,66
Consumo de productos lácteos no pasteurizados		
Sí	25	41,66
No	35	58,33
Presencia de comorbilidades		
Sí	39	65
No	21	35
Mortalidad		
Sí	15	25
N	45	75

Conclusiones: La tuberculosis intestinal es un diagnóstico poco frecuente; sin embargo, puede ser letal por lo que es importante caracterizar a los pacientes para tomar en cuenta los hallazgos más frecuentes en esta población y considerarla como diagnóstico diferencial en casos clínicos similares. El consumo de lácteos no pasteurizados fue un factor modificable presente en un gran porcentaje de los individuos, por lo que deben implementarse medidas sanitarias para evitar esta exposición futura y de esta manera reducir el riesgo de esta enfermedad con una elevada mortalidad, la cual fue similar en este estudio a la registrada en las publicaciones médicas nacionales.

Financiamiento: Ninguno.

Lun173

AGENTES ETIOLÓGICOS CAUSANTES DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA INFECCIOSA EN POBLACIÓN URBANA EN MÉXICO, DETECTADOS POR PANEL MOLECULAR MÚLTIPLEX GASTROINTESTINAL

A. S. Ríos-Del Río, M. E. López-Acosta, F. Lajud-Barquín, F. Zamarripa-Dorsey, A. Jasqui-Bucay, D. L. Núñez-Elizondo, R. Rodríguez-Sandoval, P. Escamilla-Llano, Hospital Ángeles Lomas

Introducción: La enfermedad diarreica aguda (EDA) aún representa una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, en particular en menores de cinco años. En México se notifican millones de casos anuales y su etiología puede ser viral, bacteriana o parasitaria. El diagnóstico etiológico oportuno permite optimizar el tratamiento y evitar complicaciones, pero las técnicas convencionales poseen baja sensibilidad. El panel molecular Múltiplex gastrointestinal constituye una herramienta diagnóstica de alta sensibilidad y especificidad.

Objetivo: Analizar la prevalencia y distribución por grupo etario de los agentes etiológicos causantes de EDA identificados mediante panel molecular Múltiplex gastrointestinal en la población urbana mexicana atendida en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y transversal realizado entre enero y junio de 2024 en un hospital privado de tercer nivel del área metropolitana de la Ciudad de México. Se analizaron 436 estudios del panel molecular efectuados a pacientes con diarrea aguda. Se describieron las

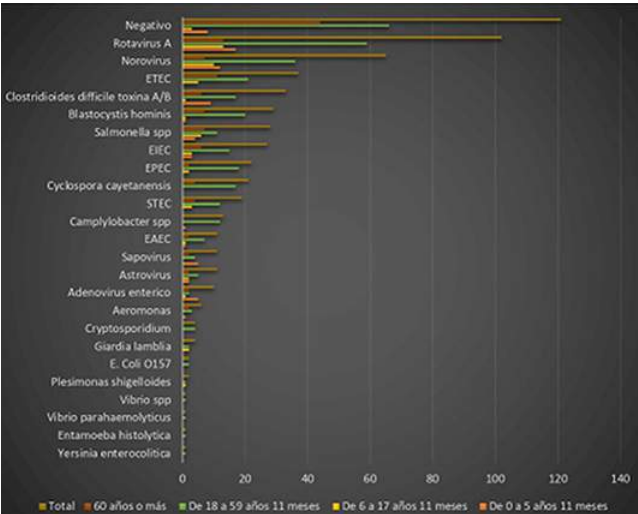
características clínicas, etiológicas y demográficas, estratificadas por grupo etario, y se aplicó estadística inferencial para evaluar las relaciones.

Resultados: Se procesaron 436 paneles gastrointestinales. En 315 pacientes (72,25%) se identificó al menos un patógeno, mientras que en 121 (27,75%) no se detectó ningún agente etiológico. Entre los casos positivos, 198 correspondieron a mono infecciones (62,86%) y 117 a coinfecciones (37,14%), para sumar un total de 461 patógenos identificados. La edad media de la población fue de 41,2 ± 24,4 años; 54,8% correspondió a mujeres. La distribución por grupo etario de los casos positivos fue: 0 a 5 años (12,7%), 6 a 17 años (10,2%), 18 a 59 años (59,0%) y ≥ 60 años (18,1%). El patógeno más frecuente fue rotavirus tipo A, seguido de norovirus, *Escherichia coli* enterotoxigénica, *Blastocystis hominis*, *Cyclospora cayetanensis* y *Salmonella spp.* (Figura 1). En los casos de mono infección, los virus fueron los agentes predominantes (49,5%), seguidos por bacterias (33,3%) y parásitos (17,2%). El análisis por grupo etario mostró que los virus fueron más comunes en menores de seis años, las bacterias en adultos mayores, y las coinfecciones en adultos jóvenes (p = 0,0026). La edad no se vinculó significativamente con la probabilidad de coinfección ni se observaron diferencias significativas por sexo. Destaca la detección de *Cyclospora cayetanensis* en 4,56% de las mono infecciones, una prevalencia superior a lo informado en estudios previos nacionales e internacionales, lo que sugiere una posible subestimación de su carga en contextos urbanos.

Conclusiones: El uso del panel molecular Múltiplex permitió identificar un agente causal en más del 70% de los pacientes con EDA, lo que revela una alta carga de infecciones virales, una proporción considerable de coinfecciones, y una frecuencia relevante de parásitos emergentes como *Cyclospora cayetanensis*. Estos hallazgos podrían contribuir al diseño de guías terapéuticas más específicas por grupo etario. A pesar de su alto costo, esta herramienta representa un avance significativo en el diagnóstico etiológico oportuno y preciso en pacientes con EDA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para este estudio.

Figura 1. (Lun173)



EIEC, *Escherichia coli* enteroinvasiva/Shigella; EAE, *Escherichia coli* enteroagregativa; EPEC, *Escherichia coli* enteropatogénica; ETEC, *Escherichia coli* enterotoxigénica; STEC, *Escherichia coli* productora de toxinas tipo Shiga.

Lun174

ESTUDIO PILOTO DEL DESCENSO PERINEAL POR TACTO RECTAL Y SU RELACIÓN CON LA PRUEBA DE EXPULSIÓN POSITIVA POR MANOMETRÍA ANORRECTAL

C. I. Zubía-Nevárez, M. Herrera-Sato, D. I. Carmona-Guerrero, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El descenso perineal excesivo es una disfunción del piso pélvico relacionada con trastornos como el estreñimiento crónico, la disiner-gia anorrectal y la incontinencia fecal. Ocurre cuando el periné se desplaza de forma exagerada durante el pujo o incluso en reposo, lo que puede afectar

la eficacia evacuatoria y la continencia. Su evaluación clínica suele ser subjetiva y poco estandarizada. Por ello se ha propuesto un método práctico y reproducible: la medición del desplazamiento perineal con un guante de exploración estándar con marcas en centímetros, desde la base hasta la punta del dedo índice durante el tacto rectal.

Objetivo: Explorar si la medición del descenso perineal en milímetros a través del tacto rectal de manera protocolizada se relaciona con prueba de expulsión positiva en la manometría anorrectal.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes adultos mayores de 18 años que tuvieran indicación para un estudio de manometría anorrectal de alta resolución (MAAR) en el periodo de marzo a julio del 2025 en un centro de tercer nivel. En la fase de tacto rectal se determinó primero la percepción del descenso perineal; posteriormente, con el guante calzado, se marcaron los puntos por centímetros para el registro del descenso en milímetros con marcas de referencia en el guante y la cama del paciente. En una segunda fase se efectuó el estudio de MAAR y la prueba de expulsión de balón, que fue positiva si no se expulsó el balón o si el paciente tardó más de 60 segundos en expulsar. Sólo cinco pacientes contaban con estudio de defecografía, de los cuales en uno se informó la medición del descenso perineal.

Resultados: Se incluyó a 26 pacientes con medición del descenso perineal estandarizado. El sexo femenino fue el más frecuente con 21 (80,76%). La media de edad fue de $56,96 \pm 18,92$ años. La mediana de IMC fue de 24,57 (22,63-29,21). La indicación principal fue estreñimiento con 16 (61,53%) e incontinencia fecal con 10 (38,46%). Durante el tacto rectal (Figura 1), la percepción del descenso perineal disminuido o normal se acompañó de menor desplazamiento en milímetros registrado de 3 (0-5) contra 30 (10-30), $p = 0,006$. No se encontró diferencia entre las medianas de presión en reposo, Valsalva, presión del esfínter durante la contracción, presión anal residual y porcentaje de relajación en comparación con la expulsión del balón. La presión media rectal y el índice PRM/PAR fueron menores en los pacientes que no expulsaron el balón con PRM de 11,45 (0,0-25,52) vs. 35,05 (29,3-62,35), $p = 0,001$, e índice PRM/PAR de 0,16 (0,0-0,41) vs. 0,88 (0,53-1,18), $p = 0,002$, respectivamente. Los pacientes que no expulsaron el balón tienden a relacionarse con menor descenso en milímetros que los casos en los que la expulsión del balón fue positiva, 5,0 (0,0-10,0) vs. 10,0 (5,75-10,0), con una $p = 0,095$.

Figura 1. Gradificación en guante calzado y medición del descenso perineal con marcas de referencia (verdes). (Lun174)



Conclusiones: La estandarización de la medición en milímetros del descenso es una medida fácil, accesible y ambulatoria para determinar aquellos casos que tengan mayor riesgo de obtener una prueba de expulsión de balón positiva. Es necesario mayor inclusión de pacientes, así como la comparación del descenso por defecografía para determinar un punto de corte adecuado.

Financiamiento: Ninguno.

Lun175

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CONDUCTUALES Y DIGITALES EN ADULTOS JÓVENES CON Y SIN ESTREÑIMIENTO: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Z. P. Álvarez-Tiburcio, M. Suárez-Fernández, B. A. Priego-Parra, M. M. Pérez-Guzmán, E. L. Núñez-Jiménez, J. Domínguez-Silva, D. Grajales-Velázquez, D. A. Castillo-Zavala, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: En los últimos años, el uso de tecnologías digitales ha crecido de manera significativa y generado efectos en diversos órganos y sistemas, incluidos aquellos relacionados con la gastroenterología, cuyos efectos aún no son claros por completo.

Objetivo: Evaluar los hábitos defecatorios y las conductas digitales durante la evacuación, así como explorar su relación con la gravedad de los síntomas de estreñimiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y analítico que incluyó a sujetos con estreñimiento y participantes sanos (CS). Se recopilaron variables sociodemográficas (edad, sexo, IMC), así como información sobre el uso de dispositivos digitales (presencia, tipo y tiempo de uso) y las actividades realizadas durante la defecación. Se utilizaron pictogramas para evaluar posturas defecatorias. Para la caracterización clínica se aplicaron los cuestionarios Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento funcional (EF) y síndrome de intestino irritable (SII). Además, se utilizaron las siguientes escalas: gravedad del dolor abdominal (IBS-SSS), ansiedad y depresión (HADS), gravedad del estreñimiento (Wexner) y calidad de vida relacionada con el estreñimiento (PAC-QoL). En el análisis estadístico, las comparaciones entre grupos se realizaron mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Para las correlaciones se utilizó la prueba de Spearman. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Todo el análisis se llevó a cabo en el software SPSS versión 27.

Resultados: Se incluyó a 130 individuos (60,8% de mujeres, mediana de edad de 25 años; RIQ, 23-30). Del total, 62 participantes (47,7%) presentaban estreñimiento, mientras que 68 (52,3%) se consideraron CS. Dentro del grupo con estreñimiento, 41 individuos (31,5% del total) cumplían criterios para SII y 21 (16,2%) para EF. El uso de dispositivos electrónicos al acudir al baño se informó en 87% de los participantes ($n = 129$), sin diferencias significativas entre los grupos ($p = 0,42$). Las actividades más frecuentes durante la defecación incluyeron: uso de redes sociales (78,5%), ver videos (41,5%), leer (18,5%), jugar videojuegos (3,8%) y sólo defecar (13,8%). Se encontró una mayor prevalencia de estreñimiento en mujeres que en hombres (72,6% vs. 27,4%; $p = 0,008$). Además, las mujeres permanecían más tiempo sentadas en el baño, con una proporción de tiempos ≥ 10 minutos (12,7% vs. 3,9%; $p = 0,016$). En ausencia de dispositivos electrónicos, los sujetos sanos permanecían menos de cinco minutos en el baño con mayor frecuencia que aquellos con estreñimiento (73,5% vs. 56,5%). Por el contrario, sentarse por más de 10 minutos fue más común entre los participantes con estreñimiento (12,9% vs. 5,9%; $p = 0,034$). En la evaluación con pictogramas, el tipo 1 fue el más común, especialmente en controles sanos (69,1% vs. 59,7%). El tipo 2 también predominó en sanos (25% vs. 21%). Los tipos 3 y 4 fueron más frecuentes en el grupo con estreñimiento (4,8% vs. 1,5%), al igual que el tipo 5 (9,7% vs. 2,9%; $p = 0,041$) (Figura 1). Adicionalmente, el 9,7% ($n = 6$) de los participantes con estreñimiento refirió el uso de maniobras manuales para facilitar la defecación. Las personas con estreñimiento tuvieron mayores puntuaciones en HADS-A ($p = 0,012$), IBS-SSS ($p < 0,0001$), Wexner ($p < 0,0001$) y PAC-QoL ($p < 0,0001$). No hubo diferencias en las puntuaciones de síntomas de acuerdo con el uso o tiempo de dispositivos electrónicos ($p > 0,05$).

Conclusiones: Aunque el uso de dispositivos electrónicos durante la defecación fue común en todos, no se hallaron diferencias entre grupos ni relación con las puntuaciones evaluadas. Esto sugiere que, pese a su elevada prevalencia, podría tratarse de un hábito normalizado sin efecto clínico o conductual aparente.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Figura 1. Pictograma que muestra las posturas adoptadas durante la defecación. (Lun175)

