



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 17 de noviembre de 2025

Hígado y vías biliares

Lun176

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ACLF EN PACIENTES CON CIRROSIS E INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS

O. M. Fierro-Angulo, V. J. Ornelas-Arroyo, B. M. Román-Calleja, A. Ruelas-Villavicencio, F. J. Sandoval-García, J. Sifuentes-Osornio, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Grupo Colaborativo: MICTLAN Network/Liver fibrosis and nutrition lab, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las infecciones en pacientes con cirrosis son una causa bien establecida de mayor morbilidad y mortalidad. Las infecciones de piel y tejidos blandos (SSTI) representan un grupo importante, pero por lo general subestimado. Estas infecciones son difíciles de reconocer y están poco caracterizadas, por lo que es fundamental comprender sus signos clínicos y desenlaces para la implementación de un tratamiento oportuno y mejorar los desenlaces. Además, existe poca información sobre la evolución clínica de las SSTI en la cirrosis y su relación con el desarrollo de falla hepática aguda sobre crónica (ACLF). Al mismo tiempo, los predictores de desenlaces adversos aún no están bien definidos.

Objetivo: Evaluar las características clínicas de las SSTI en pacientes con cirrosis y analizar su vinculación con el desarrollo de ACLF y la mortalidad.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 171 pacientes con cirrosis y SSTI hospitalizados en un centro de tercer nivel en la Ciudad de México entre enero de 2000 y junio de 2024. Se analizaron datos clínicos, microbiológicos y de laboratorio. Los desenlaces incluyeron el desarrollo de ACLF, falla orgánica y mortalidad. Se utilizaron modelos de regresión logística y de Cox para identificar factores relacionados con ACLF y mortalidad, respectivamente.

Resultados: Entre los 171 pacientes (edad promedio de 57 ± 13 años; 60,8% de mujeres), las causas más frecuentes de la cirrosis fueron infección por VHC (32,2%), enfermedad hepática esteatósica vinculada con disfunción metabólica (21,6%) y enfermedades hepáticas autoinmunes (20,9%). Las SSTI afectaron de forma predominante a las extremidades inferiores y se relacionaron con frecuencia con bacterias gramnegativas, en especial *E. coli* y *P. aeruginosa*. Se identificaron patógenos multirresistentes en el 46,9% de los aislamientos. El ACLF se desarrolló en el 30,4% de los pacientes,

típicamente dentro de las primeras 24 horas del ingreso y se acompañó de altas tasas de choque séptico (29,6%) y mortalidad intrahospitalaria (73,1%). Los predictores independientes de ACLF incluyeron la puntuación MELD-Na, creatinina al ingreso, localización de la SSTI en extremidades inferiores, presencia de flictenas y uso de antibióticos por más de siete días. En el análisis multivariado, el desarrollo de ACLF, la diabetes, la obesidad y la presencia de flictenas se relacionaron de manera independiente con un mayor riesgo de mortalidad. Una puntuación MELD 3.0 > 27 y una PCR > 7,6 mg/dL al ingreso fueron sólidos predictores de mortalidad y ACLF, respectivamente.

Conclusiones: Las SSTI son una complicación grave y muchas veces subestimada en pacientes con cirrosis, casi siempre vinculada con ACLF y elevada mortalidad. El reconocimiento temprano de hallazgos en la piel (p. ej., ampollas), la presencia de comorbilidades (diabetes, obesidad) y el uso de herramientas como el MELD 3.0 y la PCR pueden ayudar a identificar a pacientes de alto riesgo y mejorar los desenlaces mediante una atención multidisciplinaria oportuna.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun177

AYUNO PROLONGADO COMO FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS

S. López-Moreno, M. López-Caracas, R. S. Montemayor-Salazar, A. Sánchez-Gómez, M. Barrat-Remes, B. M. Román-Calleja, N. C. Flores-García, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En pacientes con cirrosis hepática hospitalizados, los periodos prolongados de ayuno son frecuentes debido a procedimientos, complicaciones o inestabilidad clínica. Estos periodos de ayuno aceleran la pérdida de masa muscular y agravan la desnutrición, lo que contribuye a un deterioro funcional relacionado con mayor morbimortalidad hospitalaria.

Objetivo: Evaluar la frecuencia y las indicaciones del ayuno hospitalario en pacientes con cirrosis hepática, así como su vinculación con la mortalidad.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo realizado en 228 pacientes con cirrosis hospitalizados entre 2023 y 2025. Se recopiló información clínica, bioquímica, escalas de función hepática, evaluación

nutricional, ángulo de fase e índice de fragilidad hepática. Se registraron requerimientos dietéticos, consumo real, uso de complementos orales y duración acumulada (frecuencia). Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de los datos, así como estadística descriptiva e inferencial. El desenlace primario fue la mortalidad.

Resultados: Se incluyó a 228 pacientes de 58 (50-66) años y las principales causas fueron MASLD (17,1%), alcohol (16,2%) y VHC (11%). El 48,2% correspondió a Child-Pugh B y 38,2% a Child-Pugh C. El 46,1% presentó ascitis y 25,1% encefalopatía. La ingestión promedio de 1 049,6 $\pm$ 480,7 kcal fue inferior a la prescrita de 1 600 (1 400-1 700) kcal. El 72,4% recibió complementación oral. El 81,6% tuvo al menos un ayuno hospitalario, con mediana de 3 (1-5) días. La población se dividió según fuera la duración del ayuno hospitalario, < 6 días (n = 187) o $\geq$ 6 días (n = 41). Los pacientes con ayuno $\geq$ 6 días presentaron una estancia hospitalaria significativamente mayor (34 [23,25-48,75] vs. 14 [9-23] días, p = 0,001), menor circunferencia de brazo (23,1 [20-26,8] vs. 25 [22-28,5] cm, p = 0,018) y menor ángulo de fase posterior al ayuno (2,9 [2,5-3,7] vs. 3,8 [3,1-4,6], p = 0,001). La mortalidad fue de 32,5%. El ayuno $\geq$ 6 días se relacionó con mayor riesgo de mortalidad ajustado (HR 2,161; IC95%, 1,10-4,24; p = 0,024).

Conclusiones: El ayuno hospitalario prolongado en pacientes con cirrosis se acompaña de mayor deterioro nutricional y funcional con un incremento significativo de la mortalidad hospitalaria, cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

Financiamiento: No aplica.

Lun178

APLICACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA DETECTAR ALTERACIONES LINGÜÍSTICAS EN ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA MEDIANTE EL TEST SIMPLIFICADO DE DENOMINACIÓN DE ANIMALES

A. D. Santana-Vargas, L. Eguíluz-Del Ángel, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, E. R. Bojorges-Valdez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La prueba simplificada de nominación de animales (S-ANT) se ha validado como herramienta de tamizaje para la detección de encefalopatía

hepática mínima (EHM). Esta prueba, que exige la evocación rápida y estructurada de palabras pertenecientes a una categoría semántica (animales), permite evaluar de forma indirecta procesos neurocognitivos complejos como la fluidez verbal, el acceso léxico y la organización semántica. Las alteraciones en su desempeño pueden reflejar deterioro de funciones ejecutivas y cognitivas superiores, con frecuencia comprometidas en la EHM.

Objetivo: Explorar el valor diagnóstico del S-ANT mediante análisis automatizado con IA, enfocados en métricas de fluidez verbal y latencia, para distinguir a sujetos con EHM de pacientes con cirrosis sin EHM y controles sanos.

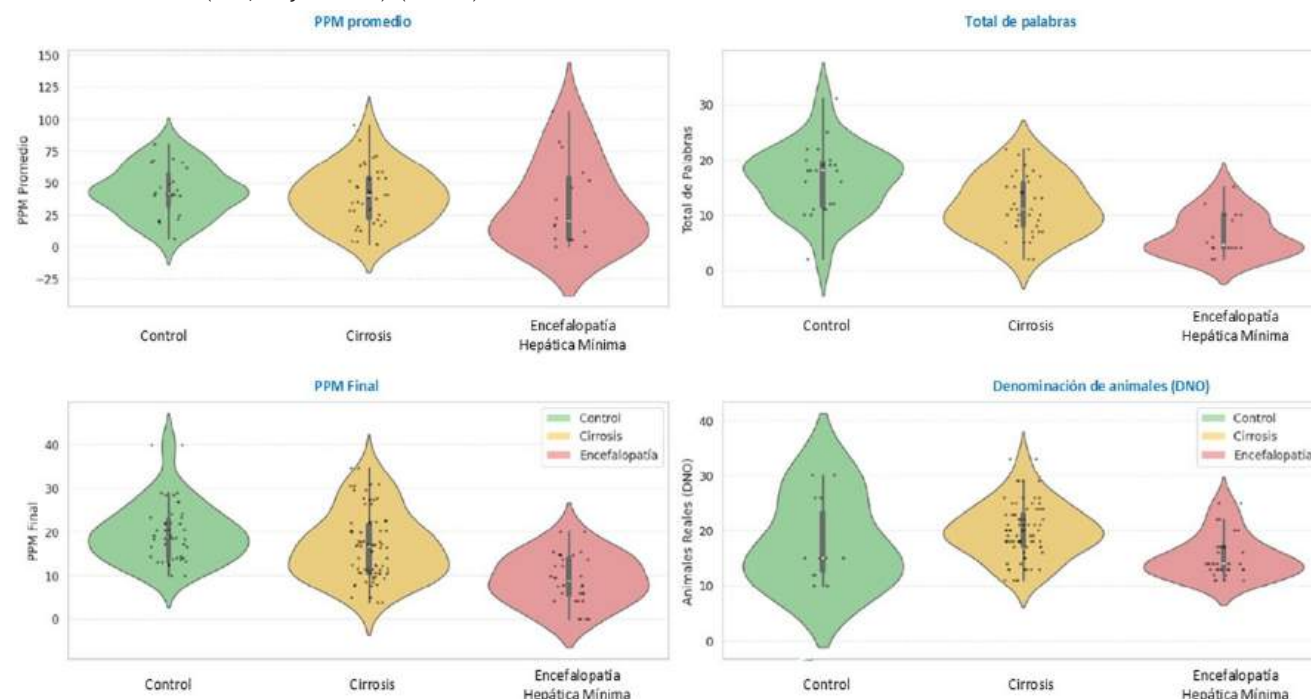
Material y métodos: Se analizaron videos del S-ANT de 77 participantes: 38 con cirrosis, 16 con EHM y 23 controles. Con uso de la librería Pyannote y el modelo Whisper Large V3, ambos basados en aprendizaje profundo, se cuantificaron las palabras por minuto promedio (PPM), el total de palabras, las palabras por minuto entre la penúltima palabra y la final (PPM final) y el número de animales total en un minuto (DNO). Se compararon las medias de cada variable mediante ANOVA de una vía y pruebas *post hoc* de Tukey; se consideró un nivel de significancia p < 0,05.

Resultados: En la fluidez verbal, promedio de PPM, se observaron diferencias significativas entre los grupos: controles (42,3 $\pm$ 19,1), cirrosis (39,9 $\pm$ 22,5) y EHM (33,9 $\pm$ 33,1), lo que revela un deterioro progresivo de la velocidad de producción verbal. En la Figura 1 se observan el número total de palabras y su dispersión en gráficas de violín, que fue significativamente menor en el grupo con EHM (6,5 $\pm$ 3,9), en comparación con cirrosis (11,7 $\pm$ 5,3) y controles (16,5 $\pm$ 6,1), con diferencias significativas tanto entre EHM y cirrosis como entre cirrosis y controles (p < 0,001). Asimismo, la fluidez verbal final (PPM final) fue menor en EHM (9,1 $\pm$ 5,7) comparada con la cirrosis (16,7 $\pm$ 7,8; p < 0,001), sin diferencias entre controles (19,8 $\pm$ 6,8) y cirrosis. La denominación de animales DNO fue menor estadísticamente significativa en EHM (15,3 $\pm$ 4) que en cirrosis (20,5 $\pm$ 5; p < 0,001), sin diferencias con controles (18 $\pm$ 8) ni entre cirrosis y controles.

Conclusiones: El análisis automatizado del S-ANT mediante herramientas de IA permite identificar patrones lingüísticos alterados en pacientes con EHM, que podrían pasar inadvertidos con evaluaciones clínicas tradicionales. Estos hallazgos preliminares apoyan el uso de IA como estrategia no invasiva, ágil y reproducible para mejorar el tamizaje y la caracterización neurocognitiva en la cirrosis.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Comparación entre los grupos de encefalopatía hepática mínima, cirrosis y controles mediante gráficas de violín para palabras por minuto promedio (PPM) (arriba izquierda), total de palabras (arriba derecha), palabras por minuto entre la penúltima y última palabra (PPM final; abajo izquierda) y número de animales denominados (DNO; abajo derecha). (Lun178)



Lun179

POTENCIAL EVOCADO P300 Y PRUEBAS PSICOMÉTRICAS COMO INDICADORES DE RESPUESTA A L-ORNITINA L-ASPARTATO EN PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA

A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática mínima (EHM) se caracteriza por alteraciones cognitivas sutiles, como déficits en atención sostenida y velocidad de procesamiento, que no siempre se detectan con herramientas clínicas convencionales. El potencial evocado P300 se ha utilizado como marcador neurofisiológico para evaluar estas alteraciones, particularmente mediante la latencia y la amplitud. Mientras que la latencia ha mostrado mejoría con diversos tratamientos, la amplitud del P300, relacionada con la activación funcional de redes corticales, se ha explorado poco como marcador de respuesta terapéutica.

Objetivo: Analizar el efecto del tratamiento con L-ornitina L-aspartato sobre la activación funcional de redes corticales, a través de la amplitud del P300, en pacientes con encefalopatía hepática mínima, con y sin respuesta clínica.

Material y métodos: Se incluyó a 16 pacientes con encefalopatía hepática mínima (EHM), diagnosticados mediante la puntuación psicométrica PHES (≤ -4 desviaciones estándar) y la frecuencia crítica de centelleo (FCC < 39 Hz), así como 16 controles sanos. La PHES se conformó con las siguientes pruebas: prueba de conexión numérica A (NCT-A), prueba de conexión numérica B (NCT-B), prueba de símbolos y dígitos (DST), prueba de puntuado en serie (SDT) y prueba de trazado de líneas (LTT).

Los pacientes con EHM recibieron tratamiento con L-ornitina L-aspartato (LOLA) durante 30 días (18 g/día). Todos los participantes realizaron las pruebas PHES, FCC y una tarea auditiva de discriminación con tonos puros (estímulo estándar vs objetivo en proporción 80:20), se registró el componente P300 del potencial evocado y se comparó su amplitud antes y después del tratamiento.

Resultados: La media de edad del grupo EHM fue de $57,2 \pm 5,2$ años (68,8% mujeres) y la del grupo control de $39 \pm 11,4$ años (43,8% de mujeres). Trece pacientes respondieron al tratamiento con una media de amplitud de P300 de $2,1 \pm 1,4$ μ V. Tres pacientes no respondieron, con amplitud de $1,2 \pm 0,8$ μ V. Los controles registraron una amplitud de $3,9 \pm 1,9$ μ V. En la Figura 1 se

muestran las diferencias en el PHES en las pruebas de atención. Las comparaciones por pares entre respondedores y no respondedores respecto de los controles fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$). En la prueba PHES hubo diferencias en NCT-A y NCT-B ($p < 0,01$) y también normalización de la prueba FCC ($p = 0,005$).

Conclusiones: El tratamiento con L-ornitina L-aspartato se relacionó con un incremento de la amplitud del potencial P300 en pacientes con EHM que respondieron clínicamente, lo cual refleja una posible mejora en la activación cortical. Las diferencias en pruebas de atención del PHES y la FCC sugieren que estas herramientas pueden complementar la evaluación de la respuesta terapéutica desde una perspectiva neurofisiológica y psicométrica.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun180

EL USO DE OMEGA-5 NANO COMO ADYUVANTE MODULA EL PUNTAJE MELD-Na, REDUCE EL ESTRÉS OXIDATIVO E INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA SEVERA

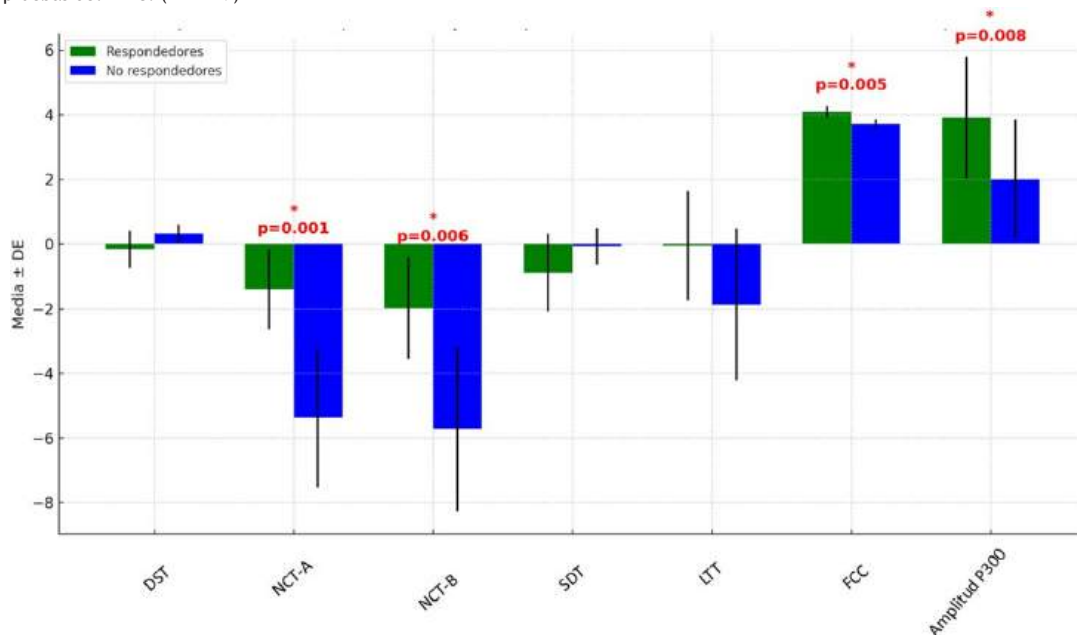
M. Martínez-Castillo, J. Córdova-Gallardo, A. D. Santana-Vargas, E. Bojorges-Valdez, P. Vázquez-Cárdenas, F. D. Martínez-Sánchez, E. K. Tenorio-Aguirre, A. López-Gómez, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La puntuación MELD se utiliza para valorar la gravedad y mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica (HA) grave. El uso de antioxidantes ha mostrado reducir la mortalidad, pero su eficacia clínica y los moleculares no están del todo claros.

Objetivo: Evaluar el omega-5 nano como adyuvante en la modulación de la puntuación MELD-Na.

Material y métodos: Estudio clínico de fase I (NCT03732586), aleatorizado y doble ciego que incluyó a dos grupos de pacientes con HA. El grupo 1 recibió prednisona (40 mg/día) + dosis oral de omega-5 nano (1,28 g/día, GranaGard®) ($n = 20$); y el grupo 2 recibió prednisona + placebo ($n = 20$); en ambos se administró la prednisona hasta el día 28. Se evaluaron las escalas de Lille 7, Maddrey, MELD y MELD-Na. Los datos bioquímicos, indicadores de

Figura 1. Comparación entre respondedores y no respondedores al tratamiento con L-ornitina L-aspartato. Las barras representan la media $\pm$ desviación estándar de las pruebas del PHES. (Lun179)



FCC, frecuencia crítica de centelleo (valores divididos entre 10 para su visualización). NCT-A, prueba de conexión numérica A; NCT-B, prueba de conexión numérica B; DST, prueba de símbolos y dígitos; SDT, prueba de puntuado en serie; LTT, prueba de trazado de líneas. *Indica diferencias significativas ($p < 0,05$).

estrés oxidativo (MDA, CP, GSH, GSSG) se evaluaron por espectrofotometría y las citocinas mediante Milliplex (MERCCK®), todos a los días inicial, 7, 14 y 28. Se efectuaron pruebas de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y ANOVA ($p < 0,05$) y se realizaron correlaciones de Spearman y regresiones lineales. **Resultados:** El grupo 1 incluyó a 10% de mujeres y 90% de hombres, y el grupo 2 a 15% de mujeres y 85% de hombres. La escala de Maddrey para ambos grupos fue > 32 ($p = 0,853$). Los parámetros bioquímicos no mostraron diferencias al día basal. En la puntuación MELD-Na, ambos revelaron reducción al día 28: omega-5 (-8,44, $p < 0,0001$) vs. placebo (-7,71, $p = 0,0012$). Los valores de MDA decrecieron un 65% más en omega-5 ($p = 0,002$), con una correlación negativa con MELD-Na de $r = -0,54$, $p = 0,026$. En placebo, la escala MELD-Na se correlacionó con IL-6 ($r = 0,728$), CXCL-8/IL-8 ($r = 0,689$) e IL-10 ($r = 0,675$), todos con $p < 0,05$, e IL-6 fue predictor ($B = 0,345$, $p = 0,046$; $R^2 = 0,25$).

Conclusiones: El omega-5 no sólo reduce la calificación MELD-Na y la lipoperoxidación de forma significativa, sino que rompe el vínculo con la inflamación sistémica, lo cual indica que inhibir la inflama-oxidación con tratamientos duales afecta el círculo vicioso observado en la HA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun181

EVOLUCIÓN DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA Y DEL RIESGO DE RESISTENCIA A LA INSULINA TRAS 6 MESES DE TARV EN MUJERES QUE VIVEN CON VIH DEL CMN LA RAZA

Y. N. Varela-Martínez, S. Zavala-Villegas, M. Castillo-Barradas, A. Chaparro-Sánchez, J. I. Carrillo-Rojas, S. Santillán-Arroyo, G. Morales-Ororio, N. Guzmán-Rodríguez, K. A. Torres-Barrera, Hospital de Especialidades CMN La Raza

Introducción: La infección por VIH se relaciona con múltiples alteraciones metabólicas, entre las que destacan la esteatosis hepática y la resistencia a la insulina (RI), incluso en individuos sin factores de riesgo metabólicos típicos. Diversos estudios han señalado que la prevalencia de esteatosis hepática en personas que viven con VIH es de un 30% y es notablemente mayor que en la población general, lo que sugiere un papel patogénico propio del virus (efectos citopáticos en los hepatocitos, disfunción mitocondrial, entre otros) y de la terapia antirretroviral (TARV). Asimismo, la RI puede encontrarse hasta en el 60 a 70% de los pacientes y su presencia se ha vinculado con progresión de la enfermedad hepática, desarrollo de diabetes tipo 2 y aumento del riesgo cardiovascular. En este contexto, la identificación temprana de marcadores no invasivos de disfunción metabólica resulta clave para la prevención de complicaciones a largo plazo.

Objetivo: Comparar la prevalencia de la esteatosis hepática medida con el *Fatty liver index* (FLI) y del riesgo de resistencia a la insulina medida con el índice triglicéridos/glucosa (TyG) iniciales y seis meses después del inicio de TARV en mujeres que viven con VIH.

Material y métodos: Estudio prospectivo de cohorte en mujeres que viven con VIH sin tratamiento antirretroviral previo que iniciaron este último (TARV) con BIC/FTC/TAF o DTG/ABC/3TC. Se midieron, antes del inicio y a los seis meses de TARV, el *Fatty liver index* (FLI) y el índice de triglicéridos/glucosa (TyG). Se determinó la presencia de esteatosis hepática mediante una puntuación de FLI ≥ 60 y alto riesgo de resistencia a la insulina con un índice TyG $> 8,73$.

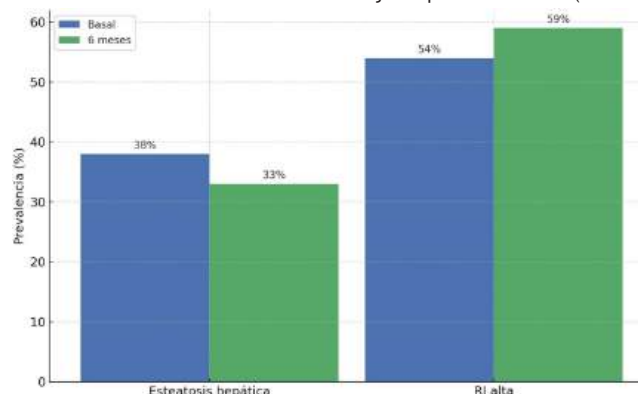
Resultados: Se incluyó a 69 mujeres con edad de $37,7 \pm 10,7$ años. El 34% tuvo normopeso, 39% sobrepeso y 27% algún grado de obesidad. Se identificó diabetes tipo 2 en 7% e hipertensión arterial en 4%. El 58% se encontraba en tratamiento con DTG/ABC/3TC y 42% con BIC/FTC/TAF. Antes del inicio de la TARV, el 37% de las pacientes tenía FLI ≥ 60 y el 54% un índice TyG $> 8,73$. A los seis meses se observó una disminución de la prevalencia de esteatosis hepática a 33% y un incremento de la prevalencia del riesgo alto de RI a 59% (Figura 1). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la progresión entre los dos esquemas de TARV.

Conclusiones: En esta cohorte de mujeres que viven con VIH se identificó una alta prevalencia inicial tanto de esteatosis hepática como de riesgo alto de resistencia a la insulina, incluso en pacientes con normopeso. Tras seis meses de tratamiento antirretroviral se reconoció una ligera reducción de la prevalencia de esteatosis hepática. Esta reducción podría explicarse porque el inicio de TARV ha demostrado mejorar el estado inflamatorio sistémico y reducir la replicación viral, lo que podría atenuar procesos metabólicos relacionados con la esteatosis hepática. Por otro lado, se observó un aumento

del riesgo de resistencia a la insulina. Estos cambios ocurrieron independientemente del esquema de TARV utilizado. Los resultados subrayan la importancia de realizar una evaluación metabólica sistemática desde el inicio del tratamiento con herramientas no invasivas como el FLI y el índice TyG.

Financiamiento: Este estudio no contó con financiamiento.

Figura 1. Prevalencia de esteatosis hepática y alto riesgo de resistencia a la insulina inicial a los seis meses de TARV en mujeres que viven con VIH. (Lun181)



Lun182

DETECCIÓN DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

D. H. Acosta-Sandoval, K. F. Núñez-Román, A. Torres-Castro, M. Castillo-Barradas, S. Zavala-Villegas, Y. N. Varela-Martínez, G. Morales-Ororio, J. I. Carrillo-Rojas, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Se ha estimado que hasta el 59,2% de los cuidadores primarios experimentan un grado de sobrecarga, y depende de factores como el género, el tipo de enfermedad o la necesidad de hospitalizaciones. En este estudio se buscó establecer la prevalencia de sobrecarga entre cuidadores de pacientes con cirrosis hepática.

Objetivo: Establecer la prevalencia de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cirrosis hepática.

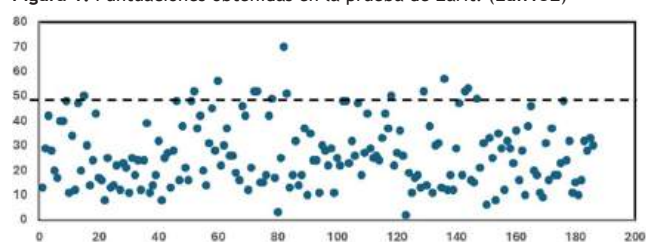
Material y métodos: Estudio transversal en el que se aplicó el cuestionario de sobrecarga de Zarit a los cuidadores primarios que consta de 22 preguntas ponderadas de 0 a 4, con un intervalo total de 88 puntos. Las puntuaciones de 47 a 55 puntos indican sobrecarga leve y las mayores de 55 puntos sobrecarga intensa.

Resultados: De los 186 cuidadores evaluados, 77 (41%) fueron hombres y 109 (59%) mujeres; los principales parentescos fueron cónyuges (47%) e hijos (33%). La edad fue de $48,4 \pm 14,5$ años. El 73% de los cuidadores respondió el cuestionario durante la hospitalización y el resto en la consulta externa. Se obtuvo una puntuación de $26,6 \pm 13,2$; en total, 23 cuidadores (12%) mostraron sobrecarga, que fue leve en 20 personas (87%) (Figura 1). Predominó en mujeres, pero sin ser estadísticamente significativo (64% vs. 36%, $p = 0,895$). No hubo correlación entre la puntuación obtenida y la edad del cuidador, la edad del paciente o el número de descompensaciones.

Conclusiones: La prevalencia de sobrecarga encontrada es menor que la informada en otros estudios y no estuvo vinculada con las características del paciente y su enfermedad, por lo que deben indagarse en estudios posteriores factores propios del cuidador como causa de la sobrecarga.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Puntuaciones obtenidas en la prueba de Zarit. (Lun182)



Lun183

FACTORES DE RIESGO CLÍNICO Y BIOQUÍMICO ASOCIADOS A COMPLICACIONES MÉDICAS TEMPRANAS POSTRASPLANTE HEPÁTICO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO NACIONAL

A. Melgar-Pliego, V. M. Páez-Zayas, A. Sánchez-Cedillo, E. F. Rodríguez-Aguilar, V. López-Ladrón de Guevara, O. Vázquez-Gómez, K. M. Meixueiro-Olivera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El trasplante hepático (TH) es el tratamiento definitivo para la enfermedad hepática avanzada; sin embargo, durante los primeros seis meses posteriores al procedimiento pueden aparecer complicaciones médicas relevantes que afectan el pronóstico del paciente y el injerto. Las infecciones, el rechazo agudo, la insuficiencia renal aguda (IRA) y la toxicidad inmunológica constituyen los episodios más frecuentes. La detección temprana de factores clínicos y de laboratorio relacionados con estas complicaciones permite optimizar el seguimiento, ajustar los esquemas inmunosupresores y reducir los reingresos y la mortalidad.

Objetivo: Describir la frecuencia y el tipo de complicaciones médicas tempranas postrasplante hepático y analizar los principales factores clínicos y bioquímicos vinculados con su aparición en una cohorte nacional.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes adultos sometidos a TH entre enero de 2019 y diciembre de 2023 en un centro de referencia nacional. Se incluyó a 122 pacientes con seguimiento mínimo de seis meses. Se analizaron variables clínicas (edad, sexo, comorbilidades), tipo de inmunosupresión (tacrolimus, micofenolato, esteroides, mTOR) y parámetros bioquímicos tempranos (leucocitos, creatinina, AST, ALT, bilirrubina). Se consideraron como complicaciones médicas tempranas (CME): infecciones (bacterianas, virales o micóticas), IRA (creatinina $\geq$ 50% del basal), rechazo agudo (clínico o histológico) y toxicidad inmunosupresora (neurológica, hipertensión grave, hepatotoxicidad).

Resultados: Se documentaron 40 CME (32,4%). Las infecciones fueron las más comunes (n = 22; 55,8%): 17 bacterianas (respiratorias y urinarias), cinco virales por citomegalovirus y tres micóticas. Además, se identificaron ocho casos de IRA (20,5%), seis rechazos agudos (14,7%) y cuatro toxicidades inmunosupresoras (8,8%). Los principales factores de riesgo identificados fueron: Leucocitosis temprana ($> 12.000/\mu\text{L}$ en los primeros tres días posoperatorios): relacionada significativamente con infecciones (OR 4,6; IC95%, 1,9-11,2; $p = 0,002$). Creatinina elevada ($> 1,5 \text{ mg/dL}$ en las primeras 72 h): predictor de IRA (OR 5,3; IC95%, 2,1-13,3; $p = 0,001$). Edad mayor de 60 años: se vinculó con mayor riesgo global de presentar CME (OR 2,9; IC95%, 1,3-6,5; $p = 0,008$). Valores bajos de tacrolimus en la primera semana ($< 5 \text{ ng/mL}$): se identificaron en la mayoría de los casos de rechazo agudo. En la **Tabla 1** se muestran las recomendaciones clínicas derivadas del análisis de factores de riesgo.

Tabla 1. Recomendaciones clínicas derivadas del análisis de factores de riesgo. (Lun183)	
Hallazgo	Recomendación
Leucocitosis temprana	Considerar vigilancia activa y cultivos dirigidos
Elevación temprana de creatinina	Hidratación radical, evitar nefrotóxicos, ajustar dosis de inmunosupresores
Edad > 60 años	Estratificación de riesgo pretrasplante y seguimiento estrecho
Valores bajos de tacrolimus	Vigilancia intensiva de los valores, revisión de adherencia y ajustes tempranos

Conclusiones: Las complicaciones médicas tempranas postrasplante hepático ocurrieron en el 32,4% de los pacientes. Los factores de riesgo más importantes identificados fueron la leucocitosis temprana, la elevación de la creatinina en los primeros días, la edad avanzada y la inmunosupresión subóptima. Su reconocimiento permite estratificar el riesgo de manera individualizada, intensificar la vigilancia y ajustar el tratamiento inmunosupresor de forma proactiva. Integrar estos factores en modelos

predictivos puede mejorar los desenlaces clínicos en la etapa crítica postrasplante.

Financiamiento: Ninguno.

Lun184

INVASIÓN LINFOVASCULAR, PERINEURAL Y SATELITOSIS COMO PREDICTORES DE RECURRENCIA POSTRASPLANTE POR HCC

A. Melgar-Pliego, V. M. Páez-Zayas, A. Sánchez-Cedillo, E. F. Rodríguez-Aguilar, V. López-Ladrón de Guevara, O. Vázquez-Gómez, F. Alardín-Gutiérrez, A. Alcocer-Rivello, K. M. Meixueiro-Olivera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es una de las principales indicaciones de trasplante hepático en el mundo. La recurrencia tumoral posterior al trasplante representa el episodio más temido en el seguimiento oncológico. Se han descrito múltiples factores de riesgo clínicos y radiológicos, pero los hallazgos histopatológicos del explante podrían ofrecer información valiosa para estratificar el riesgo. La invasión linfovascular, la invasión perineural y la satelitosis tumoral se han vinculado con biología tumoral agresiva en diversas neoplasias.

Objetivo: Evaluar el valor pronóstico de hallazgos histopatológicos (satelitosis, invasión perineural e invasión linfovascular) en el riesgo de recurrencia tumoral posterior al trasplante hepático por CHC.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a 13 pacientes trasplantados por CHC con seguimiento clínico y oncológico entre 2023 y 2025. Se recolectaron variables clínicas, quirúrgicas e histopatológicas del explante. Se definió la recurrencia como la aparición de enfermedad tumoral activa posterior al trasplante. Se construyó un modelo de riesgo histológico simple y se asignó 1 punto por cada hallazgo positivo: satelitosis, invasión perineural o linfovascular (intervalo de riesgo, 0 a 3 puntos). Se analizaron las relaciones con recurrencia tumoral.

Resultados: Se incluyó a 13 pacientes trasplantados por CHC, con una mediana de edad de 61 años (RIC, 55-67). Al aplicar el modelo de riesgo histológico simple la distribución fue: 0 puntos (n = 6; 46,1%), 1 punto (n = 6; 46,1%) y 2 puntos (n = 1; 7,6%). Ningún paciente mostró los tres hallazgos. La recurrencia tumoral postrasplante se documentó en un solo caso (7,6%; IC95%: 0,4-31,5%), correspondiente al único paciente con dos hallazgos positivos (satelitosis e invasión linfovascular). En contraste, no se observaron recurrencias en los pacientes con 0 o 1 punto de riesgo (0%; n = 12), lo que sugiere una relación directa entre la puntuación acumulada y el riesgo de recurrencia, aunque sin significancia estadística debido al tamaño muestral. La media de sobrevida libre de enfermedad fue de 28,3 meses (DE: 5,2; IC95%, 22,3-34,3), y la media de sobrevida global de 27,2 meses (DE: 6,1; IC95%, 20,1-34,3). Aunque la razón de riesgo (RR) no fue calculable por la baja frecuencia de episodios, el modelo mostró una tendencia positiva hacia el mayor riesgo con mayor número de hallazgos histológicos (**Tabla 1**), lo que respalda su posible utilidad clínica como herramienta de estratificación.

Tabla 1. Propuesta de modelo de riesgo histológico postrasplante por CHC. (Lun184)	
Hallazgo positivo	Puntuación asignada
Satelitosis tumoral	1 punto
Invasión linfovascular	1 punto
Invasión perineural	1 punto
Total posible	0-3 puntos

Conclusiones: La presencia de hallazgos histológicos como satelitosis, invasión perineural e invasión linfovascular en el explante hepático puede representar un marcador de biología tumoral agresiva. En esta cohorte, el único caso de recurrencia ocurrió en un paciente con dos de estos hallazgos. Se propone un modelo de riesgo histológico simple que podría utilizarse para estratificar el seguimiento postrasplante. Su validación en series más amplias podría contribuir al diseño de esquemas de vigilancia personalizados.

Financiamiento: Ninguno.

Lun185

SEGUIMIENTO POSTRASPLANTE EN PACIENTES CON HCC: EXPERIENCIA Y VIGILANCIA ESTRUCTURADA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL

A. Melgar-Pliego, V. M. Páez-Zayas, A. Sánchez-Cedillo, E. F. Rodríguez-Aguilar, V. López-Ladrón de Guevara, O. Vázquez-Gómez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El seguimiento postrasplante en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) tiene como objetivo la detección temprana de recurrencia tumoral y la mejora de la sobrevida global. Persisten variaciones importantes en los protocolos utilizados y su efecto real en la recurrencia es todavía objeto de estudio. La detección oportuna de recurrencia en el contexto de vigilancia estructurada puede representar una oportunidad para intervenciones terapéuticas más eficaces.

Objetivo: Describir los desenlaces clínicos oncológicos y la recurrencia tumoral en una cohorte de pacientes con CHC trasplantados, sometidos a un esquema sistemático de seguimiento postrasplante en un centro nacional de referencia.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a 18 pacientes trasplantados por CHC con seguimiento de 2023 a 2025. Se analizaron variables clínicas, tumorales y terapéuticas, con base en el protocolo de seguimiento ya establecido, con tomografía computarizada o resonancia magnética toracoabdominal cada tres a seis meses, y medición de alfa-fetoproteína (AFP) en cada control. La recurrencia se definió como cualquier evidencia de neoplasia activa postrasplante. El seguimiento máximo fue de 30 meses.

Resultados: La cohorte incluyó a 18 pacientes; el 66,7% (n = 12) no cumplía criterios de Milán al diagnóstico y se sometió a *downstaging* antes del trasplante. Los seis pacientes restantes se trasplantaron dentro de los criterios de Milán. Durante el seguimiento se documentó una recurrencia tumoral (5,5%), detectada tempranamente gracias al protocolo de vigilancia (Tabla 1). Además, se registró un fallecimiento sin evidencia de recurrencia. La media de sobrevida libre de enfermedad fue de 28,3 ± 5,2 meses (IC95%, 25,3-31,3), y la media de sobrevida global fue de 27,2 ± 6,1 meses (IC95%, 23,5-30,9). Todos los pacientes completaron al menos dos estudios imagenológicos y tres determinaciones de AFP durante el primer año postrasplante. En esta cohorte, el 100% de los pacientes cumplió con un índice CETS ≥ 252 días de vigilancia acumulada, lo cual podría relacionarse con la elevada tasa de detección oportuna y ausencia de recurrencias tardías.

Conclusiones: Estos resultados muestran una tasa baja de recurrencia y mortalidad en pacientes trasplantados por CHC sometidos a vigilancia estructurada. La recurrencia se detectó en fase temprana, lo que refuerza la utilidad del protocolo aplicado. Este estudio respalda la implementación de esquemas de seguimiento intensivo durante los primeros años postrasplante y promueve el uso de indicadores como CETS para optimizar resultados oncológicos.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Tabla 1. Modalidades de seguimiento recomendadas. (Lun185)		
Modalidad	Frecuencia (0-24 meses)	Frecuencia (24-60 meses)
Tomografía (TC) toracoabdominal	Cada 3-4 meses	Cada 6 meses
Alfa-fetoproteína (AFP)	Cada 3 meses	Cada 6 meses
PET-CT (opcional, casos seleccionados)	Según sospecha clínica	

Lun186

EVALUACIÓN NO INVASIVA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL EN CIRROSIS HEPÁTICA MEDIANTE RIGIDEZ ESPLÉNICA

M. Baca-García, F. A. Pérez-Cárdenas, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) marca el inicio de complicaciones graves en la cirrosis hepática: várices esofágicas,

ascitis y encefalopatía hepática. El gradiente de presión venosa hepática (GPVH) es el estándar diagnóstico, pero es invasivo y poco accesible. Si bien la rigidez hepática medida por elastografía transitoria ha demostrado utilidad, su valor puede verse influido por inflamación o fibrosis heterogénea. En contraste, la rigidez esplénica refleja de forma más directa la congestión portal, lo que muestra un mejor rendimiento como marcador no invasivo de HPCS.

Objetivo: Evaluar la utilidad diagnóstica de la rigidez esplénica medida por elastografía de transición como marcador no invasivo de hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) en pacientes con cirrosis hepática.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal que incluyó a pacientes con cirrosis hepática de cualquier causa con F4 (confirmado por elastografía de transición). La presencia de HPCS se definió por presencia de ascitis, hemorragia digestiva variceal o encefalopatía hepática. Se realizó estadística descriptiva y se utilizaron la prueba de Mann-Whitney, la curva ROC y la regresión logística.

Resultados: La muestra incluyó a 160 pacientes con cirrosis hepática, de los cuales 52,5% correspondió a hombres (n = 84) y 47,5% a mujeres (n = 76). La edad media fue de 57,8 años (intervalo, 27-87 años). Las causas más frecuentes fueron: ALD (41,8%), MASLD (20%), VHC (18,7%), METALD (6,25%), CBP (6,25%), HAI (3,1%), VHB (1,25%), no filiada (1,8%) y CEP (0,63%). El 65% presentó HPCS y un punto de corte de 52,5 kPa mostró una AUC de 0,82, sensibilidad del 78% y especificidad del 72%. La combinación con plaquetas < 150 000/mm³ elevó la sensibilidad al 85% y la especificidad al 80%. En el análisis multivariado, la rigidez esplénica (OR 1,05; p < 0,001) y el recuento plaquetario (OR 0,98; p = 0,002) fueron predictores independientes de HPCS.

Conclusiones: La rigidez esplénica medida por elastografía de transición es una herramienta útil y no invasiva para la detección de HPCS en pacientes con cirrosis hepática. Un punto de corte de 52,5 kPa ofrece una buena sensibilidad y especificidad. La combinación de rigidez esplénica elevada y trombocitopenia mejora la precisión diagnóstica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun187

ÍNDICE DE LOK Y MELD-LAC COMO ESCALAS PRONÓSTICAS DE SANGRADO VARICEAL ESOFÁGICO GRAVE EN PACIENTES CON MASLD, ESTUDIO UNICÉNTRICO

D. G. Lindoro-Barraza, E. G. Salgado-Parra, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: La cirrosis hepática secundaria a enfermedad hepática esteatótica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica a nivel mundial. Entre sus complicaciones más graves se encuentra el sangrado variceal esofágico, que se acompaña de una elevada morbilidad y mortalidad. El índice de Lok contiene entre sus variables la concentración de plaquetas, el tiempo de protrombina y la relación AST/ALT. Estas variables están alteradas en pacientes que tienen hipertensión portal, al margen de que el paciente curse con cirrosis o no. La MELD-lactato es una modificación de la calificación MELD que incorpora la concentración sérica de lactato, un biomarcador sensible al estado de hipoperfusión, hipoxia tisular y estrés metabólico. La elevación del lactato se ha vinculado consistentemente con mayor mortalidad en pacientes cirróticos hospitalizados, en particular en contextos de sangrado, sepsis y fallo hepático agudo sobre crónico. La identificación temprana de pacientes con alto riesgo de sangrado grave es fundamental para mejorar su pronóstico y optimizar el tratamiento clínico. No existe actualmente una escala pronóstica validada de modo específico para esta población.

Objetivo: Evaluar y comparar la capacidad pronóstica de las escalas MELD-Lac e índice de Lok para predecir sangrado variceal esofágico grave en pacientes con cirrosis hepática secundaria a MASLD.

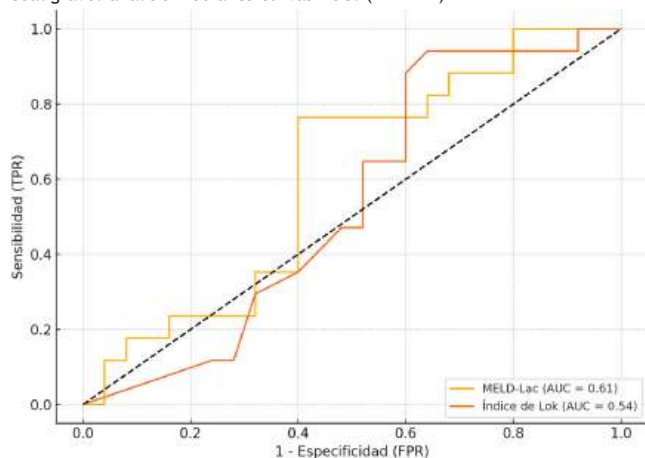
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal realizado mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes con cirrosis secundaria a MASLD atendidos entre abril de 2022 y diciembre de 2024 en el Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos. Se incluyó a pacientes con sangrado variceal esofágico y se calcularon las puntuaciones MELD-Lac e índice de Lok. Se utilizaron análisis de curvas ROC, sensibilidad, especificidad, puntos de corte óptimos (índice de Youden), *odds ratio* y prueba de DeLong para comparar las áreas bajo la curva.

Resultados: Se incluyó a un total de 42 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática secundaria a MASLD y sangrado variceal esofágico. La edad promedio fue de 61,9 años. En cuanto a la distribución por sexo, el 57,1% correspondió a mujeres y el 42,9% a hombres. Entre los pacientes que cumplieron con la definición de sangrado variceal esofágico grave ($n = 17$), el estadio de Child-Pugh más frecuente fue clase B con 7 puntos, presente en seis pacientes. La MELD-Lac registró un AUC de 0,72 y un punto de corte óptimo de 10,42 (sensibilidad, 76%; especificidad, 60%; OR, 4,88; IC95%, 1,23-19,32). El índice de Lok mostró un AUC de 0,61 y un punto de corte de 0,83 (sensibilidad, 94%; especificidad, 36%; OR, 9,00; IC95%, 1,02-79,55) (Figura 1). La diferencia entre AUC no fue estadísticamente significativa ($p = 0,571$).

Conclusiones: Tanto la MELD-Lac como el índice de Lok demostraron capacidad pronóstica para predecir sangrado variceal esofágico grave en pacientes con cirrosis secundaria a MASLD. La MELD-Lac mostró mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad, mientras que el índice de Lok destacó por su alta sensibilidad. Ambas herramientas pueden ser útiles para estratificar el riesgo y optimizar el tratamiento clínico de esta población; se debe ampliar más la muestra de población estudiada para lograr significancia estadística.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Figura 1. Desempeño diagnóstico de escalas pronósticas para sangrado variceal grave: análisis mediante curvas ROC. (Lun187)



Lun188

OMEGA 5 NANO: UN COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS OXIDATIVO EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA SEVERA

E. B. Hernández-Cruz, M. Martínez-Castillo, E. Bojorges-Valdez, D. Santana-Vargas, D. Munguía-Ramos, F. D. Martínez-Sánchez, E. K. Tenorio-Aguirre, J. Córdova-Gallardo, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hepatitis alcohólica (HA), un daño hepático agudo sobre crónico, afecta al 35% de los consumidores consuetudinarios de alcohol y en formas graves posee alta mortalidad. El trasplante hepático es la única opción en no respondedores a prednisona. El omega 5 nano, derivado del aceite de granada, actúa como antioxidante que podría potenciar el efecto de la prednisona y reducir el estrés oxidativo (EsOx).

Objetivo: Evaluar la eficacia del omega 5 nano como coadyuvante de la prednisona en la modulación de citocinas inflamatorias y EsOx en HA grave (Maddrey ≥ 32).

Material y métodos: Estudio clínico fase I (NCT 03732586), aleatorizado y doble ciego con 40 sujetos divididos en: a) prednisona 40 mg/día + placebo ($n = 20$) y b) prednisona 40 mg/día + omega 5 nano (1,28 g/día) ($n = 20$), durante 28 días. Se midieron parámetros bioquímicos, citocinas (IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α , IFN- γ) y EsOx (glutatión reducido y oxidado, malondialdehído, carbonilos proteicos) en sangre (días, 0, 7, 14 y 28). El análisis estadístico incluyó correlaciones de Pearson ($p < 0,05$) mediante SPSS v22 y Python.

Resultados: No hubo diferencias entre grupos; la población se distribuyó en omega 5 (10% de mujeres, 90% de hombres) y placebo (15% de mujeres, 85% de hombres) con edad promedio de 44 años. El grupo placebo mostró mayor correlación entre variables bioquímicas-citocinas ($r = 0,57$, $p < 0,05$) en el día 28, lo que sugiere que los sistemas involucrados se mantienen activados. En contraste, el grupo omega 5 genera una modulación a la baja en el estrés oxidativo, reflejado en la correlación de variables bioquímicas-EsOx ($r = -0,51$, $p < 0,05$).

Conclusiones: El omega 5 nano como coadyuvante de la prednisona mostró un efecto antioxidante en la HA grave y puede contribuir al tratamiento de episodios que causan alta mortalidad. Sin embargo, es necesario un estudio de fase II para comprender mejor los cambios específicos y determinar el efecto clínico real de esta intervención terapéutica.

Financiamiento: Financiamiento parcial recibido de Distribuidora BioLife S.A. de C.V.

Lun189

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS AUTOINMUNES EN VERACRUZ

Z. P. Álvarez-Tiburcio, M. Suárez-Fernández, R. B. De la Paz-Ibarra, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad de Veracruz

Introducción: Las enfermedades hepáticas autoinmunes abarcan un grupo heterogéneo de afecciones que representan el 5% de todas las enfermedades crónicas del hígado y suelen presentarse de manera lenta y progresiva, por lo que su diagnóstico se establece casi siempre en etapas avanzadas. Los estudios epidemiológicos en el estado de Veracruz son limitados, lo que recalca la importancia de este trabajo de investigación.

Objetivo: Describir las características clínicas de las enfermedades hepáticas autoinmunes en la ciudad de Veracruz.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyó a sujetos que acudieron al departamento de hepatología del Instituto de Investigaciones Médico Biológicas y del IMSS UMAE, Hospital de Especialidades 14, Centro Médico Nacional Adolfo Ruiz Cortines con diagnóstico de enfermedad hepática autoinmune. Se revisaron expedientes clínicos para obtener las variables de edad de diagnóstico, peso, talla, IMC, diagnóstico, resultados de laboratorio y gabinete. Las variables numéricas se registraron con medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las variables categóricas se informaron con frecuencia y porcentaje. La distribución de los datos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con la prueba de Levene. El análisis estadístico se realizó con SPSS v. 26.

Resultados: Se incluyó a 49 sujetos con diagnóstico de enfermedad hepática autoinmune en el que predominaron las mujeres con 85,7% y mediana de edad al diagnóstico de 50 años e IMC de $25,23 \pm 3,66$ kg/m². El 34% de los pacientes no presentó fibrosis, mientras que 28% desarrolló fibrosis leve a moderada (F2-F3) y 36,7% fibrosis avanzada (F3-F4). La edad al diagnóstico fue mayor en el grupo con fibrosis avanzada, con una mediana de 63,5 años, comparado con 48 años en pacientes sin fibrosis y 46,5 años en fibrosis leve/moderada. En cuanto al diagnóstico específico, el 46,9% tenía hepatitis autoinmune (HAI), el 38,8% colangitis biliar primaria (CBP) y el 14,3% sobreposición HAI/CBP. La gravedad de la fibrosis varió en cada uno de los grupos: en pacientes sin fibrosis predominó la CBP (47,1%), mientras que en la fibrosis avanzada la HAI fue más común (44,4%). Véase la **Tabla 1**. El tiempo de evolución de la enfermedad fue similar entre los grupos, con un intervalo mediano entre 21 y 28 meses. Respecto de la positividad de autoanticuerpos, el ANA fue el más frecuente, presente en el 68,9% de los pacientes. La positividad de ASMA y AMA fue mayor en individuos con fibrosis avanzada (38,9% para ambos). La presencia de enfermedades autoinmunes relacionadas fue del 38% y las más comunes fueron el hipotiroidismo (20%) y el lupus eritematoso sistémico (8%).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con enfermedad hepática autoinmune en Veracruz se observó predominio significativo en mujeres con una mediana de edad al diagnóstico cercana a los 50 años. La HAI fue la enfermedad más prevalente aunada a la elevada prevalencia de fibrosis avanzada, en tanto que en pacientes con CBP el diagnóstico fue más frecuente en etapas tempranas. La coexistencia de otras enfermedades hepáticas y autoinmunes destaca la complejidad clínica de esta población. Estos hallazgos subrayan la importancia de un diagnóstico temprano y un seguimiento riguroso para prevenir la progresión a fibrosis avanzada y cirrosis. Se recomienda

Tabla 1. Características de los pacientes con enfermedad hepática autoinmune de acuerdo con la presencia y gravedad de la fibrosis hepática. Los datos se expresan como frecuencias y porcentajes, media y desviación estándar, mediana y rango intercuartílico. (Lun189)

	Pacientes sin fibrosis hepática n = 17 (34%)	Pacientes con fibrosis leve/moderada (F2-F3) n = 14 (28%)	Pacientes con fibrosis avanzada (F3-F4) n = 18 (36,7%)
Sexo			
Mujer, n = 42 (85,7%)	16 (94,1%)	9 (64,3%)	17 (94,4%)
Hombre, n = 7 (14,3%)	1 (5,9%)	5 (35,7%)	1 (5,6%)
Peso (kg)	60,23 ± 8,19	69,28 ± 10,72	60,75 ± 14,31
IMC	23,69 ± 3,51	26,44 ± 3,71	25,24 ± 3,48
Enfermedad hepática autoinmune			
HAI, n = 23 (46,9%)	7 (41,2%)	8 (57,1%)	8 (44,4%)
CBP, n = 19 (38,8%)	8 (47,1%)	3 (21,4%)	8 (44,4%)
HAI/CBP, n = 7 (14,3%)	2 (11,8%)	3 (21,4%)	2 (11,1%)
Enfermedad hepática sobrepuesta			
MASLD, n = 4 (8,2%)	1 (5,9%)	2 (14,3%)	1 (5,3%)
MetALD, n = 1 (2%)	1 (5,9%)	-	-
Hepatitis C, n = 1 (2%)	-	1 (7,1%)	-
Positividad de anticuerpos			
ANA	11 (64,7%)	9 (64,3%)	10 (55,6%)
ASMA	3 (17,6%)	2 (14,3%)	7 (38,9%)
AMA	3 (17,6%)	6 (42,9%)	7 (38,9%)
P-ANCA	-	1 (7,1%)	-
Sp100	1 (5,9%)	1 (7,1%)	-
gp210	1 (5,9%)	-	-
Elastografía hepática, n = 24 (48%)			
LSM	6,2 ± 1,2	7,5 ± 2,3	19,6 ± 8,9
CAP	253,5 ± 56,8	228,8 ± 38,7	224,25 ± 38,8
Otra enfermedad autoinmune relacionada, n = 19 (38%)	6 (35,3%)	6 (42,9%)	7 (36,8%)

IMC, índice de masa corporal; HAI, hepatitis autoinmune; CBP, colangitis biliar primaria; HAI/CBP, sobreposición de hepatitis autoinmune/cirrosis biliar primaria; MASLD, enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica; MetALD, esteatosis hepática por disfunción metabólica y alcohol; ANA, anticuerpos antinucleares; ASMA, anticuerpos antimúsculo liso; AMA, anticuerpos antimitocondriales; P-ANCA, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos con patrón perinuclear; LSM, medición de rigidez hepática; CAP, coeficiente de atenuación paramétrica.

ampliar la muestra con el propósito de seguir el estudio de la epidemiología y las características clínicas de las enfermedades hepáticas autoinmunes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun190

REINGRESO HOSPITALARIO POSTERIOR AL TRASPLANTE HEPÁTICO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA

J. M. Yáñez-Reyes, A. Gutiérrez-Castillo, B. M. Román-Calleja, N. C. Flores-García, J. A. González-Regueiro, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El reingreso hospitalario es común tras el trasplante hepático (TH) y se ha vinculado con menor supervivencia en estudios previos. Sin embargo, la evidencia en la población mexicana es limitada.

Objetivo: Evaluar la frecuencia, causas y desenlaces del reingreso en los primeros 365 días tras TH, con énfasis en la sobrevida global.

Material y métodos: Participaron pacientes sometidos a TH entre 2022 y 2023 en el servicio de hepatología y TH del INCMNSZ, y con seguimiento subsecuente. Tipo de estudio: analítico, longitudinal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, sexo, indicación del TH, presencia de cirrosis hepática (CH) o carcinoma hepatocelular (CHC), escala de Child-Pugh (CP) y MELD, días de hospitalización, reingreso hospitalario, muerte. Análisis estadístico: las variables categóricas se analizaron en términos de frecuencias y porcentajes, y las variables numéricas mediante mediana y rango intercuartílico (RIC). El análisis de sobrevida se realizó con la prueba de log-rank y se comparó la supervivencia global (SG) de los pacientes que reingresaron y los que no.

Resultados: Se analizó a 69 pacientes. La media de edad fue de 46,6 años (intervalo, 19-70) y el 60,9% correspondió al sexo femenino. El 84,1% de

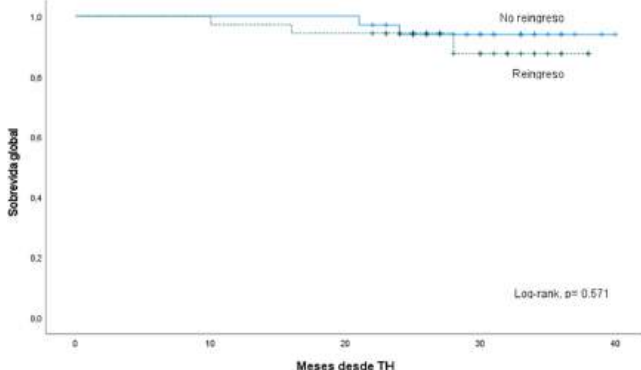
los pacientes tenía diagnóstico de CH y las causas más frecuentes fueron VHC (19,0%), seguido de cirrosis criptogénica (17,2%) y hepatitis autoinmune (10,3%). Los pacientes con cirrosis entraron en la categoría de CP A en 15,8% (9/57), B en 63,2% (36/57) y C en 21,1% (12/57). Del 15,9% que no padecía CH, las indicaciones más frecuentes de TH fueron la falla hepática aguda y la enfermedad hepática poliquística, ambas en tres casos. Las principales complicaciones presentadas por los pacientes antes del protocolo de TH fueron: sangrado variceal (40,6%), ascitis (63,8%) y encefalopatía (53,6%). La mediana de la calificación MELD v3.0 fue de 22,0 (RIC, 20,5-24,0). Un 23,2% tenía evidencia de CHC. Todos los injertos hepáticos provinieron de donantes fallecidos por muerte encefálica. Las dos técnicas quirúrgicas empleadas fueron a) exclusión total de la vena cava en 65,2%, y b) técnica *piggyback* en 34,8%. La mediana de sangrado fue de 1 600 mL, mientras que el tiempo de isquemia fría fue de 421 min (RIC, 369-536), y el de isquemia tibia de 49 min (RIC, 37,5-57,0). Ocho pacientes (11,6%) tuvieron que reintervenirse luego del TH. La mediana de estancia hospitalaria fue de 10 días (RIC 7,5-21,0). Un poco más de la mitad de los pacientes (n = 35/69, 50,7%) requirió un reingreso tras la hospitalización índice. La mediana de tiempo desde el egreso hasta el reingreso fue de 50 días (RIC, 18-107). Cuatro pacientes tuvieron más de un reingreso: dos en tres sujetos y cuatro en uno. Los motivos más frecuentes de reingreso fueron infecciones (n = 17/35, 48,6%), seguidas de complicaciones biliares (5/35, 14,3%); las infecciones más frecuentes fueron la de vías urinarias (n = 5), neumonía (n = 3), CMV (n = 2), e infección del sitio quirúrgico (n = 2). Otras causas de reingreso incluyeron deterioro del estado mental, rechazo del injerto, toxicidad por fármacos, complicaciones quirúrgicas, entre otras. En el periodo de estudio, cinco pacientes fallecieron (7,2%). La Figura 1 muestra la comparación de SG entre quienes se reingresaron una o más veces respecto de los que no: los no reingresados tuvieron una SG del 93,9% a 24 meses, contra 94,3% en quienes sí se reingresaron, y a los 36 meses se mantuvo en 93,9% en los no reingresados contra 87,6% en quienes tuvieron reingreso, sin observarse una diferencia estadísticamente significativa (log-rank, p = 0,571).

Conclusiones: El reingreso hospitalario posterior al TH fue frecuente, sobre todo por infecciones y complicaciones biliares. No se observó una diferencia

estadísticamente significativa en la SG entre pacientes reingresados y no reingresados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Supervivencia global de pacientes trasplantados según el reingreso hospitalario. La SG a 24 meses fue de 93,9% en pacientes sin reingreso en comparación con 94,3% en quienes reingresaron. A 36 meses, la SG fue de 93,9% vs. 87,6%, respectivamente, sin diferencia estadísticamente significativa (log-rank, $p = 0,571$). (Lun190)



Lun191

COMPARACIÓN ENTRE SISTEMAS PRONÓSTICOS CONVENCIONALES Y EL MODELO AIMAH (ARTIFICIAL INTELLIGENCE MODEL FOR ALCOHOLIC HEPATITIS) PARA PREDECIR LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA

E. M. Tovar-Bojórquez, L. A. González-Torres, C. A. Cortez-Hernández, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La hepatitis alcohólica (HA) es una enfermedad hepática grave relacionada con el consumo excesivo de alcohol, que puede progresar rápidamente a insuficiencia hepática y muerte. Una evaluación precisa de su gravedad es clave para orientar las decisiones terapéuticas oportunas. Aunque existen múltiples modelos pronósticos ampliamente utilizados, su precisión y capacidad predictiva son todavía limitadas. En este contexto, los modelos basados en inteligencia artificial (IA) emergen como una herramienta promisorio para optimizar la predicción clínica.

Objetivo: Determinar si el AIMAH (*Artificial intelligence model for alcoholic hepatitis*), un modelo pronóstico propio desarrollado mediante IA, ofrece una capacidad predictiva superior a la de los sistemas comunes para calcular la mortalidad en pacientes con HA, y proponerlo en su caso como una alternativa innovadora para mejorar la estratificación del riesgo y la atención clínica.

Material y métodos: Se incluyó a 108 pacientes hospitalizados con diagnóstico de HA. Se evaluó el desempeño de modelos pronósticos convencionales, incluidos la función discriminatoria de Maddrey (mDF), la puntuación de hepatitis alcohólica de Glasgow (GAHS) y el modelo ALCHAIN (*ALCOHOLIC Hepatitis Artificial Intelligence*). Estos instrumentos se compararon con el modelo AIMAH. La capacidad predictiva de cada sistema se determinó mediante el área bajo la curva ROC (AUC) para la predicción de mortalidad a los 7, 28 y 90 días.

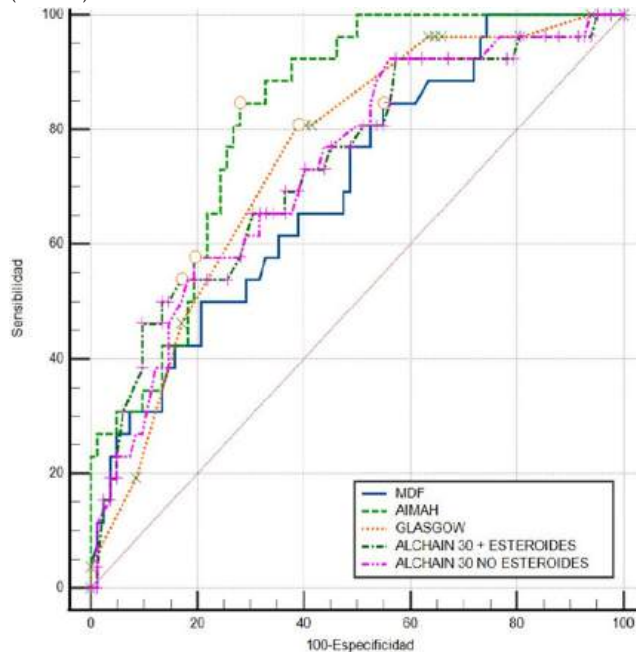
Resultados: La mediana de edad fue de 46 años, con predominio masculino (93,5%). El 100% presentaba consumo crónico de alcohol (mediana, 22,5 años) y el 92,6% tenía cirrosis hepática, en su mayoría sin diagnóstico previo. La mortalidad global a 90 días fue del 41,7%. El modelo AIMAH predijo la mortalidad a los siete días con un punto de corte óptimo de 61,95% [(S 100%, E 76%), AUC 0,863, $p < 0,0001$], e índice de Youden (IY) de 0,76. Al considerar una prevalencia del 6,48%, se obtuvo un VPP de 22,6% y un VPN de 100%. Para los 28 días (Figura 1), el punto de corte óptimo fue de 49,3% [(S 84,6%, E 71,9%), AUC 0,824, $p < 0,0001$], con IY de 0,56, VPP de 48,9% y VPN de 93,6%. A los 90 días se identificó un punto de corte de 25,18% [(S 95,6%, E 60,3%), AUC 0,834, $p < 0,0001$], IY de 0,55, VPP de 63,2% y VPN de 95%.

Conclusiones: El modelo AIMAH mostró un desempeño superior en la predicción de mortalidad a corto (7 y 28 días) y mediano plazos (90 días), con

una capacidad discriminatoria mayor que la de los modelos pronósticos habituales evaluados. Estos resultados respaldan su utilidad como herramienta clínica para optimizar la estratificación del riesgo y la toma de decisiones en pacientes con HA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Mortalidad a los 28 días según los distintos modelos pronósticos. (Lun191)



mDF, función discriminatoria de Maddrey; AIMAH, *Artificial intelligence model for alcoholic hepatitis*; GLASGOW, puntuación de hepatitis alcohólica de Glasgow; ALCHAIN, *ALCOHOLIC Hepatitis Artificial Intelligence*.

Lun192

PATRONES DE RESISTENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN PACIENTES CON PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Rangel-Zavala, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, K. Cazarín-Chávez, L. V. Cupil-Escobedo, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Carrillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación grave en pacientes con cirrosis hepática y ascitis, con una elevada morbilidad y mortalidad. La resistencia antimicrobiana es un problema creciente que compromete la eficacia del tratamiento y aumenta el riesgo de complicaciones en pacientes con PBE. La falta de datos locales sobre los patrones de resistencia en México subraya la necesidad de estudios específicos en este contexto.

Objetivo: Determinar los patrones de resistencia y susceptibilidad antimicrobiana en pacientes con PBE y cirrosis hepática en el Hospital General de México Eduardo Liceaga, así como el efecto de la resistencia a antimicrobianos en los desenlaces clínicos de pacientes con PBE.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y analítico de pacientes mexicanos mayores de 18 años con diagnóstico de peritonitis bacteriana espontánea con cultivo de líquido peritoneal y antibiograma evaluados por el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga entre enero de 2022 y abril de 2024. Se recopilaron datos clínicos y de microbiología de los archivos clínicos físicos y electrónicos de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Se analizó la prevalencia de resistencia a antimicrobianos, así como las características clínicas, sociodemográficas, microbiológicas y desenlaces observados en los pacientes con PBE evaluados dentro del periodo de estudio.

Resultados: Se identificó a 58 pacientes con cirrosis hepática y PBE atendidos en el Hospital General de México durante el periodo 2022-2024, con una mediana de edad de 55 años y predominancia del sexo femenino. La causa más común de cirrosis hepática fue el consumo de alcohol, con una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 58,6%. En los cultivos de líquido peritoneal, *Escherichia coli* fue el patógeno más frecuente, con una prevalencia de resistencia antimicrobiana de 70,7% a cuando menos un agente y el 50% mostró resistencia a múltiples fármacos. Los antibióticos con mayores tasas de resistencia incluyeron clindamicina y ampicilina, mientras que las tigeciclina y el linezolid mostraron menor resistencia. Los pacientes con PBE causada por organismos resistentes a múltiples fármacos de mayor edad tenían un riesgo aumentado de mortalidad intrahospitalaria (OR 1,14; IC95%, 1,02-1,28; p de interacción = 0,023).

Conclusiones: Se registró una alta resistencia antimicrobiana en pacientes con cirrosis y PBE. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias de tratamiento adaptadas a la resistencia local para mejorar los desenlaces clínicos de la PBE en este entorno.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun193

PROGRESIÓN DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON MASLD, PRIMERA EVALUACIÓN PROSPECTIVA EN MÉXICO

L. I. Ortiz-García, P. Alagón-Fernández del Campo, A. Mijangos-Trejo, N. Chávez-Tapia, B. Driscoll, Médica Sur

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) es la principal causa de hepatopatía crónica a nivel mundial. Su progresión incluye esteatosis, esteatohepatitis, fibrosis y cirrosis, lo que eleva la morbilidad y mortalidad. Se desconoce la evolución de la enfermedad en la población mexicana.

Objetivo: Conocer los factores clínicos y bioquímicos vinculados con la progresión de fibrosis (> 8 kPa), medida por elastografía transitoria.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte longitudinal en el hospital Médica Sur del año 2019 al 2024 que incluyó a pacientes ≥ 18 años, con MASLD por parámetro de atenuación controlada que contaran con al menos dos mediciones de rigidez hepática por elastografía transitoria (FibroScan®) separadas por ≥ 12 meses. Se excluyó a los pacientes con ingestión significativa de alcohol u otra hepatopatía crónica.

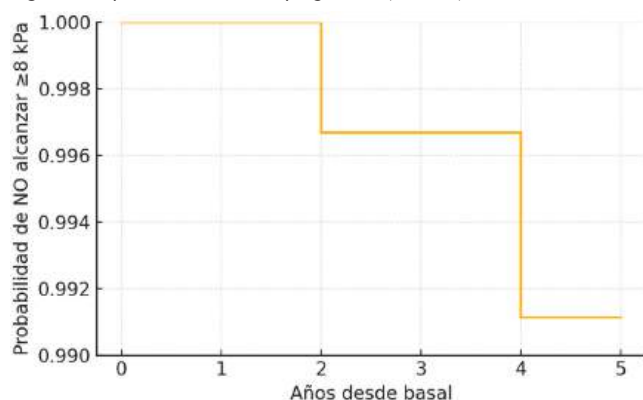
Resultados: Se incluyó a 920 pacientes, de los cuales 284 (30,8%) fueron mujeres, 627 (69,2%) hombres, 86 (22,7%) sufrían diabetes, 66 (17,2%) hipertensión arterial y 279 (73,6%) dislipidemia. La rigidez hepática basal fue de $4,42 \pm 6,10$ Kpa y el parámetro de atenuación controlada de $288,6 \pm 46,9$ dB/m. La mediana de seguimiento fue de cuatro años, con un total de 3 677 personas/año. La tasa de incidencia de progresión a fibrosis hepática fue de 2 casos/1 000 personas/año.

La Figura 1 de curva de Kaplan-Meier muestra que la probabilidad de permanecer libre de progresión a fibrosis fue de 0,991 a cinco años.

Conclusiones: Éste es el primer estudio que demuestra que el avance a fibrosis hepática en pacientes mexicanos con MASLD es baja (< 1% en cinco años). Se requieren estudios en poblaciones de alto riesgo para complementar estos datos.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Supervivencia libre de progresión. (Lun193)



Lun194

EVALUACIÓN DEL PANEL DE IGFBPs Y MMPs COMO BIOMARCADORES NO INVASIVOS EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA POR HEPATITIS C CRÓNICA

A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, A. D. Santana-Vargas, P. Cordeiro-Pérez, L. E. Muñoz-Espinosa, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, D. Kershenobich, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: En la era de los antivirales de acción directa es necesario identificar biomarcadores no invasivos para el diagnóstico temprano y el seguimiento de los pacientes con hepatitis C crónica (HCC). Un grupo de interés son las proteínas de unión al factor de crecimiento insulinoide (IGFBP) que han surgido como biomarcadores potenciales en modelos preclínicos de fibrosis, trastornos metabólicos, cáncer y enfermedades cardiovasculares, además de las proteinasas de matriz (MMP) que participan en el remodelamiento de la matriz extracelular.

Objetivo: Evaluar y comparar las proteínas IGFBP y MMP en la fibrosis leve y avanzada por hepatitis C crónica.

Material y métodos: Estudio prospectivo, transversal y multicéntrico. Se incluyó a pacientes con HCC sin tratamiento y se evaluó la fibrosis mediante FibroTest® o FibroScan®. Se determinaron IGFBP-1 a 7, MMP-2, 7 y 9 séricas por arreglo en suspensión múltiple (Milliplex, MERCK®.). El análisis estadístico se llevó a cabo con el área bajo la curva (AUC) y los puntos de corte mediante el índice Youden, con uso del software estadístico SPSS v22.

Resultados: Se incluyó a 237 pacientes, clasificados en F0-F2 (n = 86) y F3-F4 (n = 151). Los mejores discriminadores fueron para F0-F2 vs. F3-F4; IGFBP-2 (cut-off: 0,18 ng/ml), IGFBP-4 (cut-off: 1,01 ng/ml), IGFBP-5 (cut-off: 0,94 ng/ml), IGFBP-6 (cut-off: 0,98 ng/ml) y MMP-7 (cut-off: 0,69 ng/ml), todos con AUC > 0,75, así como sensibilidad y especificidad > 70%. El índice combinado (AUC + F1-score+ MCC) ayudó a determinar los principales cinco biomarcadores.

Conclusiones: Las IGFBP-2, 4, 5, 6 y MMP-7 fueron los mejores discriminadores en la detección de fibrosis avanzada. Los resultados muestran que las IGFBP y MMP-7 destacan como biomarcadores, lo que respalda su uso integrado como panel para mejorar el diagnóstico y vigilancia no invasiva de la fibrosis en hepatitis C crónica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun195

USO DEL PUNTAJE PSICOMÉTRICO DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA (PHES), PRUEBA DE DENOMINACIÓN DE ANIMALES (ANT1) Y QUICKSTROOP PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA (EHM) EN POBLACIÓN MEXICANA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL MANUEL ÁVILA CAMACHO

F. Montoya-Ruiz, A. N. Olivas-Rubio, E. I. González-Bravo, R. A. Cruz-Nieves, R. Milán-Aguirre, A. M. Armenta-Olivas, R. Estupiñán-Martínez, L. A. Castellón-Carbajal, J. A. Aguado-Valerio, UMAE Hospital Heroica Puebla de Zaragoza, IMSS Puebla

Introducción: La encefalopatía hepática mínima (EHM) se infradiagnostica con frecuencia, las consecuencias son múltiples con implicaciones en la calidad de vida y es un precursor de encefalopatía manifiesta que influye directamente en el pronóstico de los pacientes. Por lo regular se ha considerado la puntuación psicométrica de encefalopatía hepática (PHES) como el estándar de oro; sin embargo, su realización requiere tiempo y metodología considerable, por lo que han surgido otras pruebas que implican menor tiempo de realización como la denominación de animales (ANT1) y el QuickStroop.

Objetivo: Determinar la prevalencia de encefalopatía hepática mínima en esta unidad y evaluar el rendimiento diagnóstico de las pruebas ANT1 y QuickStroop, para lo cual se utilizó como estándar de referencia la puntuación psicométrica de encefalopatía hepática (PHES) en la población mexicana.

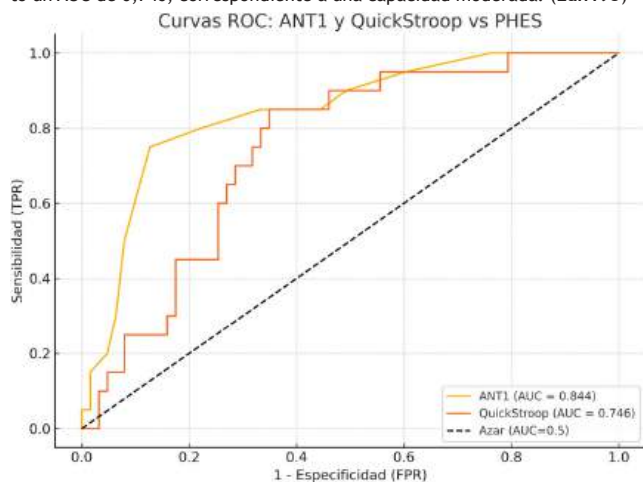
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y unicéntrico de tipo descriptivo. Se incluyó a 83 pacientes con diagnóstico de cirrosis. Se aplicaron tres pruebas: PHES (estándar de oro), denominación de animales en un minuto (ANT1) y QuickStroop, y se tomó como diagnóstico de EHM una puntuación menor a -4 para PHES, ≤ 15 para ANT1 y QuickStroop, cuyo punto de corte se ajustó de acuerdo con la edad y la escolaridad según los valores esperados. Se evaluaron variables como la edad, sexo, IMC, años de educación, causa de la cirrosis, comorbilidades, descompensaciones previas, Child-Pugh y MELD-Na. La prevalencia de encefalopatía hepática mínima (EHM) se calculó mediante proporciones. La capacidad diagnóstica de ANT1 y QuickStroop se evaluó con sensibilidad, especificidad, valores predictivos y curvas ROC.

Resultados: Se incluyó a 83 pacientes con cirrosis hepática. La edad media fue de $59,2 \pm 11,8$ años y el 56% correspondió a mujeres. La prevalencia global de EHM definida por PHES fue de 24,1%. En el análisis comparativo, los pacientes con EHM presentaron un menor número promedio de animales mencionados en la prueba ANT1 y tiempos mayores en QuickStroop. La escolaridad media también fue menor en este grupo. En cuanto a la prueba de denominación de animales (ANT1), se obtuvo una sensibilidad de 75%, especificidad de 87,3%, valor predictivo positivo de 65,2%, valor predictivo negativo de 91,7%, y AUC de 0,844. QuickStroop mostró una sensibilidad de 50%, especificidad de 73%, valor predictivo positivo de 37%, valor predictivo negativo de 82,1% y AUC de 0,746 (Figura 1).

Conclusiones: La prueba de denominación de animales (ANT1) demostró un buen desempeño diagnóstico para la detección de encefalopatía hepática mínima, con una sensibilidad y especificidad superiores al 75% y un alto valor predictivo negativo, lo que respalda su utilidad como herramienta de tamizaje. La prevalencia de EHM en este estudio fue mayor a la habitualmente registrada en la población mexicana pero menor a la publicada en investigaciones recientes. La implementación de pruebas rápidas como ANT1 en la población mexicana, a diferencia de QuickStroop que mostró un rendimiento diagnóstico más bajo, puede facilitar el diagnóstico temprano de EHM y permitir intervenciones oportunas para prevenir la progresión a la encefalopatía hepática manifiesta.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. La prueba ANT1 mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,844, lo que indicó muy buena capacidad discriminativa, mientras que QuickStroop presentó un AUC de 0,746, correspondiente a una capacidad moderada. (Lun195)



Lun196

FACTORES ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE CÁNCER POSTERIOR AL TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO EN UNA COHORTE DE ADULTOS DEL INCMNSZ, 2010-2020

I. Hurtado-Díaz de León, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El trasplante hepático ortotópico (THO) es una estrategia consolidada en el tratamiento de la enfermedad hepática terminal, con

resultados cada vez más favorables en términos de supervivencia a corto y mediano plazos. Sin embargo, a medida que los pacientes sobreviven por periodos prolongados, las complicaciones crónicas como la aparición de cáncer *de novo* se han convertido en una preocupación creciente. La pérdida de inmunovigilancia inducida por la inmunosupresión, sumada a factores como el antecedente de enfermedades virales hepáticas, la recurrencia de enfermedad hepática o un historial oncológico previo, se han propuesto como posibles determinantes del riesgo oncológico posterior al THO. Pese a la relevancia de este problema, la evidencia local sobre su incidencia y factores relacionados en países de ingresos medios como México es escasa.

Objetivo: Caracterizar la incidencia acumulada y los factores relacionados con el desarrollo de cáncer *de novo* posterior al THO en adultos trasplantados en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) entre 2010 y 2020.

Material y métodos: Se incluyó a 331 adultos con THO y una sobrevivida postrasplante mayor de un año. La incidencia acumulada de cáncer fue de 12,1% a 10 años y de 21,6% a 15 años. El cáncer de piel no melanoma, especialmente el carcinoma basocelular, fue el más frecuente, seguido del cáncer de mama, el linfoma y el hepatocarcinoma recurrente. El tiempo mediano al diagnóstico fue de seis años. El análisis univariado mostró relación entre cáncer posterior al THO y los antecedentes de cáncer previo, infección por hepatitis C y uso de inmunosupresores inductores. Sin embargo, en el análisis multivariado, sólo la inducción inmunosupresora fue significativa: el basiliximab se vinculó con un riesgo 3,45 veces mayor de cáncer, mientras que el uso de la timoglobulina mostró un riesgo 123 veces mayor. Ninguna variable clínica basal, incluidos edad, sexo, causa hepática o recurrencia de enfermedad, se relacionó de forma independiente con el desarrollo de cáncer.

Resultados: Estos hallazgos reafirman el papel central de la inmunosupresión en el riesgo oncológico postrasplante. El efecto particularmente elevado de la timoglobulina, y en menor medida del basiliximab, sugiere que la intensidad del esquema de inducción podría ser determinante en la pérdida de inmunovigilancia antitumoral. Esto es consistente con las publicaciones médicas internacionales en trasplantes renales y hepáticos. A diferencia de lo que algunos estudios sugieren, en esta cohorte mexicana no se encontró relación entre la hepatitis C o la edad avanzada con el riesgo de neoplasias, lo cual podría reflejar un poder estadístico insuficiente o diferencias en la población estudiada. Por otro lado, no fue posible evaluar la relación entre la exposición acumulada a inhibidores de la calcineurina, como el tacrolimus, y el riesgo de cáncer, lo que representa una limitación relevante. Tampoco se contó con información sobre la adherencia al tratamiento inmunosupresor ni sobre el seguimiento oncológico de rutina, factores que pueden influir en la incidencia real de cáncer y su detección oportuna.

Conclusiones: El cáncer posterior al THO representa una complicación frecuente y relevante en la evolución a largo plazo de estos pacientes. Los resultados sugieren que la selección del esquema de inmunosupresión debe considerar el riesgo oncológico individual. Es necesario implementar estrategias de tamizaje oncológico estructurado y evaluar prospectivamente la exposición inmunosupresora para optimizar el equilibrio entre rechazo y riesgo de cáncer en pacientes trasplantados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun197

IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CIRROSIS AUTOINMUNE

L. I. Gallardo-González, V. López-Ladrón de Guevara, Y. M. Velasco-Santiago, S. Camacho-Hernández, M. B. Jourdan-Rodríguez, D. B. Lorenzo-Valle, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) y la colangitis biliar primaria (CBP) son enfermedades hepáticas inmunomediadas (EHI). Diversos estudios han demostrado la relación del síndrome de intestino irritable (SII) en pacientes con cirrosis de causa metabólica y alcohólica, lo que modifica la calidad de vida de estos pacientes. La cirrosis de origen autoinmune y el SII comparten factores de riesgos superpuestos, incluidos el microbioma intestinal, los factores dietéticos y las causas mediadas por el sistema inmunológico,

por lo que es importante estudiar la relevancia clínica del síndrome de intestino irritable en esta población.

Objetivo: Evaluar el efecto del SII en la calidad de vida de pacientes con enfermedad hepática crónica de causa autoinmune. Determinar la prevalencia del SII en esta población y si algunos subtipos de SII (estreñimiento, diarrea, mixto) predominan.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, de febrero a mayo 2025, con muestreo no probabilístico, por conveniencia, en el cual participaron 40 pacientes con cirrosis de causa autoinmune, 19 de los cuales cumplían criterios para SII de acuerdo con los criterios de Roma IV (SII-RIV) y 21 pacientes no cumplían criterios (N-SII). A todos los pacientes se les solicitó completar el cuestionario de salud de 36 ítems para medir la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36). Los grupos se compararon por medio de las pruebas ji cuadrada o t de Student no pareada con análisis de dos colas según correspondiera el caso.

Resultados: Se evaluó a 40 pacientes (56,2 ± 11,62 años, 92% mujeres), Child-Pugh de 6 puntos (5-11), MELD de 3.0 10 puntos (6-23) e IMC de 26 (± 4). En cuanto a las causas, 32 pacientes tenían colangitis biliar primaria (50% SII-RIV y 50% N-SII), cuatro hepatitis autoinmune (50% SII-RIV y 50% N-SII) y cuatro más síndrome de sobreposición (25% SII-RIV y 75% N-SII). La prevalencia de SII en esta población fue de 47%; dentro de este porcentaje, 47% correspondió a SII con estreñimiento (SII-E), 31% a SII subtipo mixto (SII-M) y 21% a SII con diarrea (SII-D). Se observó una diferencia estadística en el componente físico, sobre todo en cuanto al funcionamiento físico (SII-RIV = 60,79, N-SII = 75,24; p = 0,0413) (Tabla 1).

Conclusiones: En esta unidad hospitalaria se observó la presencia de SII en casi el 50% de los pacientes con cirrosis de origen autoinmune. Se reconoció que la presencia de esta alteración incrementa el efecto en su calidad vida, en particular en el funcionamiento físico. Esto es relevante ya que las EHI se relacionan con una disminución de la calidad de vida, por lo que la presencia adicional del SII actúa como un factor que agrava esta situación. Esto subraya la necesidad de considerar la búsqueda de TFD en estos pacientes.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para este estudio.

Lun198

DEXMEDETOMIDINA REDUCE LOS REQUERIMIENTOS DE LORAZEPAM EN EL MANEJO DEL SÍNDROME DE SUPRESIÓN ETÍLICA EN PACIENTES CON CIRROSIS POR ALCOHOL

L. I. Gallardo-González, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El lorazepam (L) es el tratamiento de primera línea en pacientes con cirrosis y síndrome de supresión etílica (SSE); sin embargo, en los pacientes con cirrosis y SSE grave se opta con frecuencia por dosis elevadas de lorazepam o bien por el uso de tratamientos alternos o adyuvantes, los cuales incluyen como efecto adverso el riesgo de depresión respiratoria. La dexmedetomidina (DXM) es una de las modalidades alternas disponibles para el SSE, pero su eficacia y seguridad son todavía inciertas en pacientes con cirrosis.

Objetivo: Describir los hallazgos ante el uso de la DXM como alternativa terapéutica en pacientes con cirrosis y síndrome de supresión etílica.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y de cohortes en el que se comparó a un grupo que recibió lorazepam + dexmedetomidina (L+D) con la monoterapia con lorazepam (L) para el control del síndrome de supresión etílica en pacientes con cirrosis por alcohol que ingresaron a un centro de tercer nivel. Los pacientes se parearon por edad, género, tiempo de evolución en cuanto al consumo de alcohol, puntuación de Child-Pugh y MELDNa. Se recopiló información del CIWA-AR basal, 24 y 48 horas tras el ingreso, así como de las dosis administradas de L y L+D, en los días 1, 2 y 3 de tratamiento; aunado a esto, se reunieron los datos de efectos adversos registrados vinculados con el uso de la dexmedetomidina y la creatinina sérica basal y a las 48 horas tras el inicio del tratamiento. De acuerdo con su distribución se compararon variables numéricas mediante t de Student o U

Tabla 1. Análisis comparativo de variables clínicas y de calidad de vida (SF-36) en pacientes con cirrosis de causa autoinmune con presencia y ausencia de síndrome de intestino irritable. (Lun197)				
Variables	Número total	Roma IV SII	No SII	Valor de p (IC95%)
Número de pacientes	40	19 (47,5%)	21 (52,5%)	
Síndrome de intestino irritable por criterios de Roma IV	SII-E	9 (47,36%)	0	
	SII-D	4 (21,05%)	0	
	SII-M	6 (31,57%)	0	
Edad	56 (± 11,6)	52,7 (± 8)	59,2 (± 13)	0,07
Femenino	37	17	20	0,50
Masculino	3	2	1	
Índice de masa corporal	26,9 (± 4,8)	27,3 (± 5,7)	26,5 (± 4)	0,32
Lactulosa	11	6	5	0,87
Rifaximina	7	2	5	0,27
Limitación debido a problemas emocionales		68,42 ± 43,91 (48,68-88,16)	73,05 ± 36,57 (57,41-88,69)	0,7252
Bienestar emocional		65,47 ± 16,12 (58,23-72,72)	68,95 ± 19,4 (60,66-77,25)	0,5535
Funcionamiento social		71,84 ± 23,54 (61,26-82,43)	70,48 ± 26,53 (59,13-81,82)	0,8681
Energía/fatiga		45,79 ± 18,51 (37,46-54,11)	52,62 ± 18,1 (44,88-60,36)	0,2578
Funcionamiento físico		60,79 ± 24,56 (49,74-71,83)	75,24 ± 17,28 (67,85-82,63)	0,0413
Limitación debido a problemas físicos		38,16 ± 43,2 (18,73-57,58)	58,33 ± 42,49 (40,16-76,51)	0,1552
Dolor corporal		65,79 ± 26,29 (53,97-77,61)	73,43 ± 24,21 (63,07-83,78)	0,3570
Salud general		41,32 ± 18,13 (33,17-49,47)	43,57 ± 19,95 (35,04-52,1)	0,7183

de Mann-Whitney; las variables cualitativas se compararon con las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher; se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Se recopiló información de 80 pacientes, 40 en el grupo L+D y 40 en el grupo L, y se encontró que el requerimiento de lorazepam fue significativamente menor en el grupo de L+D el día 1 de tratamiento; en cuanto a la evolución del CIWA-Ar desde el ingreso, 24 y 48 horas, se observó una disminución progresiva de los síntomas en ambos grupos, aunque estadísticamente no significativa. En cuanto a los efectos adversos, dos pacientes sufrieron hipotensión, pero se trataba de pacientes hospitalizados por hemorragia del tubo digestivo variceal (Tabla 1).

Conclusiones: La administración conjunta de L+D mostró ser una estrategia útil para el tratamiento del SSE en pacientes con cirrosis hepática por alcohol, lo que reduce los requerimientos iniciales de lorazepam. Sin embargo, es necesario continuar la investigación de esta alternativa terapéutica mediante estudios clínicos que validen su mayor eficacia y seguridad.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para este estudio.

Lun199

EVALUACIÓN DE MARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO EN ENFERMEDADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

K. M. Bastida-Guadarrama, V. Hernández-Garza, A. Hernández-Barragán, A. Flores-Sánchez, G. Gutiérrez-Reyes, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Dentro del metabolismo del etanol se incluyen diversos mecanismos de lesión; entre los más importantes destacan el estrés oxidativo, con productos de degradación de los lípidos, proteínas y ADN que son nocivos para el hepatocito. Cada molécula posee electrones que determinan su equilibrio; cuando existe un factor estresante, se genera un electrón desapareado de éstas que forma un radical libre. El estrés oxidativo es un desbalance entre la producción de radicales libres y los antioxidantes endógenos. Y el exceso de radicales libres puede dañar diversas estructuras celulares, incluidas las membranas lipídicas, proteínas y ADN, lo que da lugar a un aumento de la permeabilidad intestinal, se incrementa la proliferación y muerte bacteriana, lo que origina a su vez que los lipopolisacáridos encontrados en las membranas celulares se liberen al torrente sanguíneo. Asimismo se generan productos de reacción de especies reactivas de oxígeno derivado de proteínas y lípidos como el malondialdehído (MDA), el 4 hidroxi-2-2 alquenal (4-HNE) y los carbonilos proteicos (CP).

Objetivo: Determinar el comportamiento de los marcadores séricos de estrés oxidativo en cirrosis por alcohol (CiOH) y hepatitis inducida por alcohol (HA).

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal que incluyó a 300 individuos, divididos en tres grupos: 200 sujetos sanos del grupo control, 50 pacientes con CiOH y 50 con HA. Se midieron marcadores séricos de estrés oxidativo, como CP y MDA que son producto de la peroxidación lipídica y la proteólisis. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS, versión 26. Se compararon de forma individual los CP, MDA y las variables bioquímicas mediante análisis de varianza (ANOVA) de una vía y la prueba de Kruskal-Wallis con los grupos CT, CiOH y HA como factor entre grupos. Las comparaciones pareadas se realizaron con la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, tras considerar un nivel de significancia del 95%.

Tabla 1. Características principales y comparación entre los grupos. (Lun198)

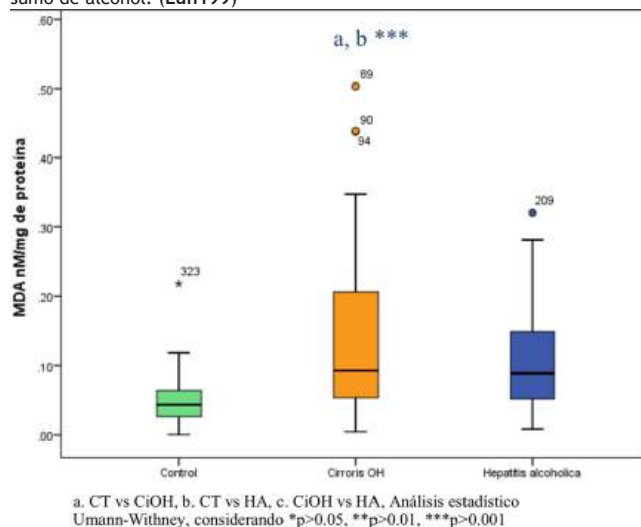
Variables	Grupo de tratamiento	n	Media	Desviación estándar	p
Edad (años)	L	40	45,48	8,224	0,74
	L+D	40	46,18	10,471	
Tiempo de abstinencia de alcohol (días)	L	40	4,83	3,366	0,31
	L+D	40	4,10	3,020	
Estancia intrahospitalaria (días)	L	40	8,50	6,409	0,63
	L+D	40	7,90	4,471	
CIWA-AR al ingreso	L	40	18,53	8,861	0,09
	L+D	40	21,90	8,473	
CIWA-AR 24 horas	L	40	14,15	7,728	0,21
	L+D	40	12,10	6,559	
CIWA-AR 48 horas	L	40	9,63	6,667	0,18
	L+D	40	7,90	4,792	
Dosis DXM día 1 (mcg/día)	L	40	0,0	0,0	< 0,0001
	L+D	40	0,379	0,188	
Dosis lorazepam día 1 (mg/día)	L	40	4,9	2,5	< 0,0001
	L+D	40	2,1	2,9	
Dosis lorazepam día 2 (mg/día)	L	40	4,4	2,6	0,30
	L+D	39	3,7	3,1	
Dosis DXM día 2 (mcg/día)	L	40	0,0	0,0	< 0,0001
	L+D	40	0,206	0,171	
Dosis lorazepam día 3 (mg/día)	L	40	3,4	3,0	0,71
	L+D	40	3,7	2,3	
Dosis DXM día 3 (mcg/día)	L	40	0,0	0,0	< 0,0001
	L+D	40	0,126	0,155	
Creatinina basal (mg/dL)	L	40	1,1	1,0	0,98
	L+D	40	1,18	0,70	
Creatinina a las 48 horas (mg/dL)	L	40	1,1	1,2	0,82
	L+D	40	1,1	0,7	

Resultados: Predominó el sexo masculino con 62% y la edad fue de 41,3 (34 ± 1 ES) años. La puntuación AUDIT fue mayor en HA con 31 puntos, CíOH con 25 puntos y CT con 2 puntos. El consumo de alcohol fue mayor en el grupo de HA con 385 g/ocasión, seguida del CíOH con 336 g/ocasión. Se midieron marcadores de estrés oxidativo; el MDA y CP fueron productos de la degradación de lípidos y la oxidación de proteínas. Al tomar en cuenta que el valor normal de estos marcadores se encuentra en los controles sanos se observó incremento significativo en el grupo de cirrosis por alcohol y hepatitis inducida por alcohol. El valor normal de MDA es de 0,05 nM/mg, con elevación de 0,14 nM/mg en cirrosis por alcohol y 0,11 nM/mg en hepatitis inducida por alcohol (Figura 1). Asimismo, al considerar que el valor normal de carbonilos proteicos es de 0,07 nM/mg, se identificó una diferencia en cirrosis por alcohol con 0,25 nM/mg y en hepatitis por alcohol 1,8 nM/mg.

Conclusiones: Este trabajo mostró cómo el estrés oxidativo se ve alterado en dos anomalías importantes: en el daño crónico (CíOH) en el que MDA se incrementó significativamente y que es otro factor deletéreo importante en el daño hepático, pero también en el daño agudo, ejemplificado en la HA, que no necesariamente pasa por la cirrosis hepática, en la que los CP se incrementaron en forma significativa, lo que demuestra un estrés oxidativo muy importante que afecta gravemente a los hepatocitos. Es un factor que tiene con toda seguridad un efecto en la mortalidad de estos pacientes. Estos hallazgos dan la pauta a tomar muy en cuenta el factor del estrés oxidativo en el trastorno del abuso del consumo de alcohol tanto en la hepatitis inducida por alcohol y como en la cirrosis por alcohol y encontrar fármacos que prevengan la oxidación de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Comportamiento de MDA en enfermedades relacionadas con consumo de alcohol. (Lun199)



Lun200

COSTO-EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CON L-ORNITINA L-ASPARTATO EN ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA SEVERA

K. M. Bastida-Guadarrama, V. Hernández-Garza, A. D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática (EH) es una descompensación de la cirrosis que se define como la disfunción neuropsiquiátrica potencialmente reversible debido a la acumulación de toxinas en la sangre, que el hígado (entre otros órganos afectados) no puede eliminar adecuadamente. Esto puede manifestarse a través de signos y síntomas diversos: cambios en el comportamiento y la cognición, manifestaciones clínicas como asterixis y rueda dentada, además de estupor y coma. En la encefalopatía hepática grave grados III y IV, de acuerdo con la clasificación de West Haven, existe deterioro del estado neurológico importante con pérdida de la capacidad de deglución, por lo que deben emplearse estrategias terapéuticas parenterales para su tratamiento. Esta descompensación y su tratamiento modifican la calidad de vida del paciente y prolongan la hospitalización, lo que ocasiona

costos elevados para los pacientes que representan una carga económica considerable para los sistemas de salud.

Objetivo: Evaluar la remisión de la EH y la consiguiente reducción de la estancia hospitalaria y los costos de la atención con L-ornitina L-aspartato (LOLA) parenteral.

Material y métodos: Se llevó a cabo una comparación de costo-efectividad de tratamiento con LOLA en paciente hospitalizados con cirrosis descompensada por EH grave, tras considerar tiempo de remisión < 3 días y > 3 días.

Resultados: Se evaluó a 52 pacientes con cirrosis descompensada por EH grave, con edad promedio de 54,25 ± 10,11 (51,5-57), 36 (69%) pacientes masculinos, puntuación de Child-Pugh de 10,9 ± 1,9 (10,39-11,42) y MELD NA de 21,69 ± 7,27 (19,72-23,67). De éstos, 23 (44,23%) experimentaron remisión efectiva, el costo promedio por paciente con remisión efectiva fue de 1 526 MXN y el costo de los pacientes con remisión no efectiva de 5 130 MXN. La relación de costo y efectividad ajustada a calidad de vida al 0.8 fue de 1907,5 MXN en remisión efectiva y de 6 415 MXN en remisión no efectiva. La diferencia de costos fue de 3 604 MXN que se aumenta en los pacientes con remisión no efectiva. La diferencia fue estadísticamente significativa de acuerdo con la prueba t (1 = -4,54; p < 0,001).

Conclusiones: El tratamiento con LOLA resulta significativamente más costo-efectivo en pacientes que logran una remisión clínica temprana (< 3 días) y sobreviven. Este hallazgo respalda la importancia de estrategias terapéuticas orientadas a lograr remisiones tempranas en la EH.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun201

CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN UN HOSPITAL MEXICANO DE TERCER NIVEL: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA

L. D. Nieblas-Beltrán, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La cirrosis hepática representa una de las principales causas de mortalidad global, con más de un millón de defunciones anuales, en particular en países de ingresos medios y bajos. En México ocupa consistentemente los primeros lugares como causa de muerte en adultos. El curso clínico de la cirrosis es variable y oscila entre fases compensadas y etapas descompensadas con alta mortalidad. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la disfunción inmunitaria adquirida en estos pacientes incrementa de forma significativa el riesgo de infecciones graves, especialmente en fases avanzadas. En este contexto, resulta crucial identificar las causas específicas de muerte, a fin de optimizar estrategias preventivas y terapéuticas.

Objetivo: Describir las causas de mortalidad en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática que fallecieron en un hospital de tercer nivel en México, y analizar sus características clínicas, causas y comorbilidades adjuntas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, con revisión de expedientes clínicos de pacientes adultos (≥ 18 años) con diagnóstico confirmado de cirrosis hepática (criterios clínicos, bioquímicos, imagenológicos o histológicos) fallecidos intrahospitalariamente entre enero de 2020 y diciembre de 2023. Se incluyó a 215 pacientes. Se excluyó a aquellos con expedientes incompletos o sin información suficiente para establecer causa de muerte.

Resultados: De esta cohorte, el 66% de los pacientes correspondió a mujeres. El 89% se encontraba en etapas avanzadas de la enfermedad (Child-Pugh B o C). Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus tipo 2 (36%) e hipertensión arterial (29%), seguidas de hipotiroidismo y enfermedad renal crónica. Sólo el 17% no presentó comorbilidades. Respecto de la etiología hepática, el virus de la hepatitis C (VHC) fue la causa más común (24%), seguido de cirrosis criptogénica (18%), colangitis biliar primaria (14%), enfermedad hepática metabólica relacionada con disfunción (MASLD) (12%), alcohol (9%) y enfermedades autoinmunes (~17%). En cuanto a las causas de muerte, el 61% se debió a infecciones graves con choque séptico como desenlace final, en particular neumonía (52 casos) y peritonitis bacteriana espontánea (22 casos). Las complicaciones hepáticas directas representaron el 26,5% de los casos: sangrado variceal (27), ACLF (19), encefalopatía de grado 4, síndrome hepatorenal y CHC. El 12,5% restante se debió a causas diversas, como choque cardiogénico, episodios vasculares cerebrales y hemorragias no digestivas.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con cirrosis hepática, la principal causa de muerte fue la sepsis, que superó incluso a las complicaciones hepáticas habituales como el sangrado variceal o el ACLF. La mayoría de los fallecimientos ocurrió en pacientes con enfermedad hepática avanzada y múltiples comorbilidades metabólicas. La elevada prevalencia de infecciones respiratorias y peritoneales señala la necesidad urgente de estrategias de vigilancia, diagnóstico temprano, profilaxis y tratamiento intensivo de infecciones en esta población. Además, el predominio de causas tratables como VHC y MASLD subraya la importancia de reforzar programas de detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades hepáticas crónicas en México.

Financiamiento: Ninguno.

Lun202

DETERMINACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO Y SU ASOCIACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR ESTIMADO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria es una enfermedad hepática autoinmune crónica de baja incidencia que cursa con colestasis progresiva. Se ha considerado que los pacientes con dicha entidad tienen un perfil lipídico atípico secundario al desarrollo de hipercolesterolemia, en particular por la elevación de lipoproteína-X que no se mide en los laboratorios de este medio. Asimismo, México es un país cuya genética poblacional propicia los trastornos relacionados con el metabolismo de lípidos y carbohidratos por lo que es propenso a mayores episodios cardiovasculares. A pesar de esto no se ha documentado el riesgo cardiovascular en pacientes con esta entidad.

Objetivo: Determinar el perfil lipídico y riesgo metabólico de los pacientes con colangitis biliar primaria y compararlo con sujetos sin diagnóstico de enfermedad hepática crónica.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico, de tipo casos y controles, que incluyó a 50 pacientes del sexo femenino de 40 a 60 años con diagnóstico de enfermedad hepática crónica secundaria a colangitis biliar primaria compensada atendidos en la consulta externa del servicio de hepatología de un hospital de tercer nivel en 2025 comparados con 50 controles pareados por edad y sexo sin enfermedad hepática crónica valorados en la consulta externa del servicio de gastroenterología en el mismo periodo de tiempo. Variables analizadas: perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos), cifras de glucemia (HbA1C), así como riesgo cardiovascular a 10 años calculado con las escalas Framingham y ASCVD. El análisis estadístico se llevó a cabo con medidas de tendencia central y dispersión, frecuencia absoluta y relativa. La comparación entre grupos se realizó con la prueba t de Student con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria y 50 controles sin enfermedad hepática crónica, pareados por edad y sexo. Al comparar los parámetros bioquímicos, los pacientes con CBP mostraron concentraciones mayores de colesterol total ($166 \pm 69,8$ mg/dL vs. $146 \pm 50,2$ mg/dL, $p = 0,07$), HDL ($52,98 \pm 26,78$ mg/dL vs. $45,52 \pm 25,90$ mg/dL, $p = 0,15$) y LDL ($91,52 \pm 53,72$ mg/dL vs. $86,02 \pm 39,22$ mg/dL, $p = 0,59$). En contraste, los triglicéridos fueron significativamente más bajos en pacientes con CBP en comparación con los controles ($107,76 \pm 46,0$ mg/dL vs. $150,3 \pm 67,3$ mg/dL, $p < 0,01$). Asimismo, los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c) fueron significativamente menores en el grupo CBP ($5,42 \pm 0,91\%$ vs. $6,09 \pm 1,02\%$, $p < 0,01$). Respecto del riesgo cardiovascular calculado, la puntuación de Framingham fue similar entre los grupos ($4,16 \pm 0,02\%$ vs. $4,02 \pm 2,70\%$, $p = 0,81$). Sin embargo, el riesgo calculado mediante la escala ASCVD fue significativamente mayor en el grupo con CBP ($2,2 \pm 1,3\%$) comparado con los controles ($1,59 \pm 0,92\%$, $p = 0,01$) (Tabla 1).

Conclusiones: A pesar de un perfil lipídico relativamente similar y cifras de triglicéridos y HbA1c más bajas en los pacientes con colangitis biliar primaria, el riesgo cardiovascular calculado mediante la escala ASCVD fue significativamente mayor en este grupo en comparación con los controles. Estos hallazgos sugieren que las escalas de riesgo cardiovascular habituales pueden sobreestimar el riesgo en pacientes con CBP o no considerar de forma correcta el perfil metabólico característico vinculado con esta entidad. Se

requieren mayores estudios y validaciones para adaptar estas herramientas de estratificación a pacientes con enfermedades hepáticas autoinmunes, con el fin de orientar las estrategias de prevención cardiovascular en esta población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparativa de perfil lipídico, control glucémico y riesgo cardiovascular en pacientes con colangitis biliar primaria y controles pareados. (Lun202)

	CBP (n = 50)	Control (n = 50)	Valor de p
Colesterol total (mg/dL)	166 ± 69,8	146 ± 50,2	0,07
HDL (mg/dL)	52,98 ± 26,8	45,52 ± 25,9	0,15
LDL (mg/dL)	91,52 ± 53,7	86,02 ± 39,2	0,59
Triglicéridos (mg/dL)	107,76 ± 46,0	150,3 ± 67,3	< 0,01
HbA1c (%)	5,42 ± 0,91	6,09 ± 1,02	< 0,01
Riesgo cardiovascular a 10 años con calificación de Framingham (%)	4,16 ± 0,02	4,02 ± 2,70	0,81
Riesgo cardiovascular a 10 años con ASCVD (%)	2,2 ± 1,3	1,59 ± 0,92	0,01

Lun203

ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO METABÓLICO, INFLAMACIÓN SISTÉMICA Y ESTADIO CLÍNICO AL DIAGNÓSTICO EN TUMORES GASTROINTESTINALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

Introducción: Los tumores gastrointestinales constituyen una causa relevante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En México, las tasas de obesidad, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico son elevadas, lo que plantea la necesidad de analizar el papel de estos factores metabólicos en el desarrollo de dichas neoplasias. Dado que la obesidad y el síndrome metabólico se vinculan con una respuesta inflamatoria sistémica persistente, los índices de inflamación sistémica, como el cociente neutrófilo-linfocito (NLR), índice plaquetas-linfocitos (PLR), índice linfocitos-monocitos (LMR) e índice de desnutrición inflamatoria (INI) se consideran biomarcadores pronósticos de interés.

Objetivo: Explorar la relación entre obesidad, comorbilidades metabólicas y marcadores de inflamación sistémica con el estadio clínico al diagnóstico en pacientes con los tumores gastrointestinales de mayor incidencia.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico en pacientes adultos con diagnóstico histológico confirmado de cáncer gástrico, colorrectal, hepatocarcinoma o colangiocarcinoma, atendidos entre 2015 y 2024 en un hospital de tercer nivel. Se recolectaron datos clínicos, antropométricos y de laboratorio al momento del diagnóstico. Se definió estadio clínico avanzado como estadio III o IV según la clasificación de TNM. Se calcularon índices de inflamación sistémica (NLR, PLR, LMR, INI) y se utilizaron pruebas no paramétricas para comparación bivariada y regresión logística para determinar relaciones independientes con estadio avanzado.

Resultados: Se incluyó a 160 pacientes con una distribución homogénea entre los cuatro principales tipos de tumores gastrointestinales mayores: gástrico, colorrectal, hepatocarcinoma y colangiocarcinoma. La mediana de edad fue de 66 años y el 52% correspondió al sexo masculino. La mayoría de los casos (59,4%) se diagnosticó en estadios clínicos avanzados (III-IV). Mediante análisis multivariado se evaluó la relación entre variables metabólicas, inflamatorias y antropométricas con el diagnóstico en estadio avanzado. Un NLR elevado se vinculó significativamente con un estadio tumoral avanzado (OR, 2,89; IC95%, 1,77-4,71; $p < 0,001$). De igual forma, el síndrome metabólico mostró una relación independiente con estadio avanzado (OR, 4,64; IC95%, 1,97-10,94; $p < 0,001$). En contraste, el IMC presentó una vinculación inversa no significativa (OR, 0,94; IC95%, 0,86-1,03; $p = 0,190$),

lo que sugiere una posible tendencia a menor riesgo de estadio avanzado con valores más altos de IMC, aunque sin significancia estadística. No se observó una relación significativa con diabetes tipo 2, hipertensión arterial ni dislipidemia (Tabla 1).

Conclusiones: En esta cohorte, tanto el síndrome metabólico como un NLR elevado se acompañaron de manera independiente de una mayor probabilidad de diagnóstico en estadios avanzados de cáncer gastrointestinal. En contraste, las comorbilidades individuales como diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia, así como otros marcadores inflamatorios (PLR, LMR e INI), no mostraron un valor predictivo significativo. La obesidad, evaluada mediante el IMC, se relacionó con un menor riesgo, en concordancia con lo descrito en otros estudios clínicos como la “paradoja de la obesidad”. Estos hallazgos refuerzan la utilidad del perfil metabólico e inflamatorio como herramientas complementarias en la estratificación clínica inicial de los pacientes oncológicos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Razón de probabilidades de variables antropométricas, metabólicas e inflamatorias. (Lun203)			
Variable	OR	IC95%	Valor de p
IMC	0,94	0,86 - 1,03	0,190
NLR	2,89	1,77 - 4,71	< 0,001
Síndrome metabólico	4,64	1,97 - 10,94	< 0,001
Diabetes tipo 2	1,12	0,60 - 2,10	0,720
Hipertensión arterial	1,04	0,57 - 1,90	0,903
Dislipidemia	1,18	0,65 - 2,16	0,590
PLR	1,01	0,99 - 1,03	0,255
LMR	0,83	0,62 - 1,11	0,209
INI	1,26	0,89 - 1,78	0,193

Lun204

PREVALENCIA DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática mínima representa el estadio más temprano de la afectación neurológica relacionada con enfermedad hepática crónica. La EHM se ha subestimado históricamente, en parte debido a la ausencia de manifestaciones clínicas, así como a la falta de tamizaje regular; sin embargo, su efecto clínico y funcional es considerable y se relaciona con una disminución de la calidad de vida, deterioro del desempeño laboral, así como mayor riesgo de caídas y accidentes. De forma adicional, la EHM se acompaña de una mayor tasa de hospitalizaciones, dependencia funcional y peor pronóstico de manera global.

Objetivo: Determinar la prevalencia de EHM en una cohorte de pacientes con CBP mediante la aplicación del *Stroop Test* y explorar factores clínicos y bioquímicos asociados.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico que incluyó a 32 pacientes del sexo femenino con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria compensados y valorados en la consulta externa de hepatología de un hospital de tercer nivel en 2025. Se excluyó a pacientes descompensados con encefalopatía clínica, enfermedades agregadas neurológicas y psiquiátricas, consumo reciente de alcohol o consumo de psicofármacos. A fin de diagnosticar encefalopatía hepática mínima se aplicó el *Stroop Test* digitalizado en condiciones controladas, y se consideró EHM cuando la puntuación superó los 190 segundos. Se recolectaron variables sociodemográficas (edad, escolaridad) y bioquímicas (albúmina, BT, BD, BI, FA, GGT, INR, Cr). Se usó la prueba t de Student y se consideró significancia estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a un total de 32 pacientes con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria. La media de edad fue de 53 años (34-62 años). La prevalencia de encefalopatía hepática mínima determinada mediante

el *Stroop Test* fue del 43,8% ($n = 14$). Los pacientes con EHM presentaron un nivel de escolaridad más bajo (media de $8,2 \pm 1,8$ años) en comparación con el grupo sin EHM ($10,4 \pm 2,4$ años, $p = 0,01$). Asimismo, los valores séricos de albúmina fueron significativamente menores en el grupo con EHM ($3,31 \pm 0,55$ g/dL vs. $3,71 \pm 0,52$ g/dL, $p = 0,04$). En cuanto a los marcadores de colestasis, los pacientes con EHM mostraron elevaciones marcadas en BT ($4,59 \pm 5,06$ mg/dL vs. $1,16 \pm 0,61$ mg/dL, $p = 0,01$), FA (624 ± 350 U/L vs. 207 ± 161 U/L, $p < 0,01$) y GGT (453 ± 306 U/L vs. 140 ± 157 U/L, $p < 0,01$) (Tabla 1).

Conclusiones: Se identificó una prevalencia de EHM del 43,8%. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios realizados que han demostrado una prevalencia entre 30% y 50% en pacientes cirróticos debido a ALD, MASLD o causa viral. Sin embargo, la evidencia en CBP es limitada, por lo que los resultados aportan datos relevantes en un grupo poco estudiado. Se ha observado que los pacientes con EHM presentaron menor nivel de escolaridad y valores más bajos de albúmina, así como una relación significativa con la elevación en los marcadores de colestasis y el desarrollo de EHM, lo que sugiere que una mayor actividad colestásica podría contribuir al desarrollo de disfunción subclínica. La herramienta utilizada es de rápida aplicación, no invasiva y puede implementarse en entornos con recursos limitados, por lo que debe considerarse su incorporación a la valoración sistemática del paciente con hepatopatía. La identificación temprana de este trastorno permite optimizar el tratamiento farmacológico, prevenir descompensaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de variables analizadas en pacientes con y sin encefalopatía hepática mínima. (Lun204)			
	Sin EHM (n = 18)	Con EHM (n = 14)	Valor de p
Años de estudios	10,4 ± 2,4	8,2 ± 1,8	0,01
Albúmina	3,71 ± 0,52	3,31 ± 0,55	0,04
Bilirrubina total	1,16 ± 0,61	4,59 ± 5,06	0,01
Fosfatasa alcalina	207 ± 161	624 ± 350	< 0,01
Gammaglutamil transferasa	140 ± 157	453 ± 306	< 0,01

Lun205

LA NORMALIZACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE FOSFATASA ALCALINA COMPARADA CON LOS CRITERIOS CONVENCIONALES DE RESPUESTA SE ASOCIA CON MENOR MORTALIDAD Y EVENTOS RELACIONADOS AL HÍGADO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA TRATADOS CON AUDC: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COHORTE CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN

L. A. Rosales-Rentería, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune, crónica y progresiva, caracterizada por la destrucción de los pequeños conductos biliares intrahepáticos. El ácido ursodesoxicólico (AUDC) es el tratamiento de primera línea para la CBP y ha demostrado mejorar la bioquímica hepática y retrasar la progresión de la enfermedad. Todos los criterios bioquímicos de respuesta utilizan umbrales de fosfatasa alcalina (FA) superiores al límite superior normal (LSN), ya que dichos puntos de corte han demostrado vincularse con menor progresión de la enfermedad, episodios hepáticos y mortalidad global. Sin embargo, se desconoce el efecto clínico de lograr la normalización absoluta de la FA, en comparación con los criterios bioquímicos convencionales. Esta diferencia podría ser especialmente relevante en países sin acceso universal al trasplante hepático.

Objetivo: Comparar desenlaces en episodios relacionados con el hígado (ERA) en personas con colangitis biliar primaria que cumplen criterios de Toronto y aquellos que obtuvieron normalización bioquímica completa de valores séricos de fosfatasa alcalina.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico con emparejamiento por puntuación de propensión, que incluyó a todos los pacientes con CBP y enfermedad hepática crónica confirmada por biopsia, atendidos en la

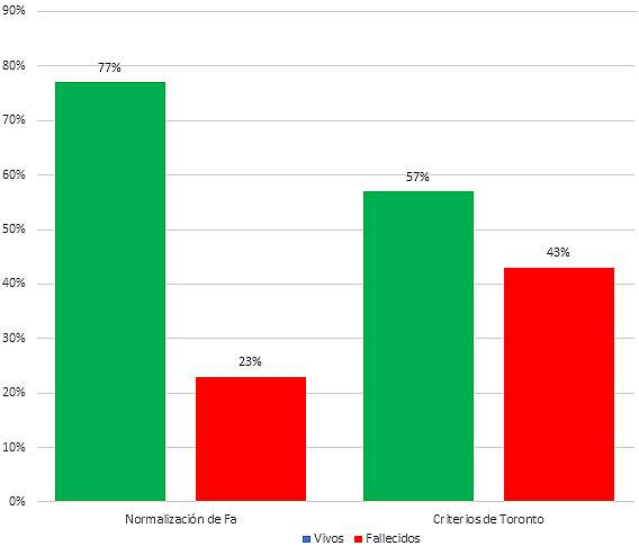
consulta de hepatología entre el 1 de enero de 2015 y el 1 de marzo de 2024, bajo tratamiento con AUDC. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas. La respuesta bioquímica se definió según el criterio de Toronto como una FA < 1,67 veces el LSN tras dos años de tratamiento. Los pacientes se dividieron en dos grupos: los que cumplían con el criterio de Toronto y los que lograron una normalización absoluta de FA (< 120 UI/L). El desenlace primario fue la mortalidad por episodios relacionados con el hígado (ERH), definido como un compuesto de hemorragia variceal (HV), peritonitis bacteriana espontánea (PBE), encefalopatía hepática (EH), ascitis, lesión renal aguda (LRA), síndrome hepatorenal tipo AKI (SHR-AKI) y ACLF. Los desenlaces secundarios fueron el desarrollo individual de cada uno de estos episodios.

Resultados: De un total de 132 pacientes, 32 cumplieron con los criterios de Toronto sin normalizar la FA, mientras que 30 alcanzaron cifras de FA < 120 UI/L. El género predominante fue femenino en ambos grupos (95% y 96%) con una mediana de edad de 57 años. La prevalencia de enfermedades autoinmunes sistémicas fue similar (55% y 57%, respectivamente). La mortalidad por ERH fue del 43% en el grupo Toronto vs. 13% en el grupo con normalización, una diferencia que fue estadísticamente significativa (OR 5,05; IC95%, 1,429-17,882; p = 0,005). Véase la **Figura 1**. El desarrollo de EH (OR 5,47; IC95%, 1,075-27,916; p = 0,02) y HV (OR 4,71; IC95%, 1,165-19,083; p = 0,01) fue mayor en el grupo de Toronto en comparación con el grupo con FA normalizada. Estas variables se mantuvieron significativas tras el análisis de regresión multivariado (ajustado por edad, sexo y enfermedades autoinmunes sistémicas). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a LRA, SHR-AKI, ACLF, ascitis o PBE.

Conclusiones: En pacientes con CBP tratados con AUDC, alcanzar la normalización absoluta de la FA tras dos años de tratamiento se relaciona con menor mortalidad hepática y menor incidencia de hemorragia variceal y encefalopatía hepática, en comparación con el cumplimiento de criterios bioquímicos convencionales como el de Toronto. Se requieren estudios prospectivos adicionales para confirmar estos hallazgos.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Figura 1. Mortalidad durante el seguimiento de pacientes con CBP que cumplieron criterios de Toronto respecto de aquellos que normalizaron FA. La mortalidad debido a ERH en el grupo de criterios de Toronto fue de 14/32 (43%), en comparación con 4/30 (13%) en la normalización, una diferencia que fue estadísticamente significativa (OR 5,05; IC95%, 1,429-17,882), p = 0,005.). (Lun205)



Lun206

ÁCIDO ÚRICO ELEVADO COMO PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON MASLD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Rodríguez, F. Higuera-De-la-Tijera, V. López-Ladrón de Guevara, S. Camacho, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática crónica por MASLD (enfermedad del hígado graso relacionada con disfunción metabólica) es una causa creciente de cirrosis y sus complicaciones. El ácido úrico, producto final del metabolismo de las purinas, se ha relacionado con inflamación, estrés oxidativo y resistencia a la insulina, factores clave en la progresión de MASLD. Sin embargo, su papel como marcador pronóstico en cirrosis por MASLD no está totalmente establecido.

Objetivo: Evaluar la relación entre hiperuricemia y mal pronóstico en pacientes con cirrosis por MASLD, tras determinar su relación con la gravedad clínica, complicaciones y mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en 100 pacientes con cirrosis por MASLD atendidos en hospital de tercer nivel. Se dividieron en dos grupos de acuerdo con la presencia de hiperuricemia (> 6,8 mg/dL mujeres, > 7,0 mg/dL hombres). Se compararon variables clínicas, bioquímicas, complicaciones y mortalidad. Se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% y se consideró significativo un valor de p < 0,05 mediante ji cuadrada o t de Student para variables continuas. El software utilizado fue SPSS v.25.

Resultados: La edad promedio fue similar entre grupos (59 ± 11 años en hiperuricemia vs. 56 ± 12 años sin hiperuricemia; p = 0,15). Predominó el sexo masculino en pacientes con hiperuricemia (70% vs. 60%; OR 1,63, p = 0,26), sin diferencia significativa. Los pacientes con hiperuricemia mostraron mayor frecuencia de síndrome metabólico (60% vs. 40%; OR 2,25, p = 0,04), mayor proporción en estadio Child-Pugh C (50% vs. 30%; OR 2,33, p = 0,03) y puntuación MELD más alta (18 ± 6 vs. 15 ± 5; p = 0,01). En complicaciones revelaron mayor frecuencia de encefalopatía hepática (40% vs. 30%; OR 1,57, p = 0,30) y hemorragia digestiva alta (26% vs. 24%; OR 1,11, p = 0,82), sin significación estadística. Hubo incremento significativo de peritonitis bacteriana espontánea (12% vs. 0%; p = 0,01) y síndrome hepatorenal (8% vs. 0%; p = 0,04). La mortalidad fue mayor en pacientes con hiperuricemia (24% vs. 10%; OR 2,86, p = 0,04). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: La hiperuricemia se vincula con mayor gravedad clínica, complicaciones graves y mortalidad en cirrosis por MASLD, lo que sugiere su utilidad como marcador pronóstico para estratificación y tratamiento clínico.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Ácido úrico elevado como predictor de mal pronóstico. (Lun206)

Características sociodemográficas	Hiperuricemia (n = 50)	Sin hiperuricemia (n = 50)	OR (IC95%) / media ± DE	Valor de p
Edad (años, media ± DE)	59 ±11	56 ±12	-	0,15
Sexo masculino	35 (70%)	30 (60%)	1,63 (0,70-3,79)	0,26
Sexo femenino	15 (30%)	20 (40%)	-	-
Ácido úrico (mg/dL, media ± DE)	7,4 ± 1,2	5,1 ± 0,9	-	< 0,001
Comorbilidades				
Diabetes tipo 2	20 (40%)	15 (30%)	1,60 (0,70-3,67)	0,23
Hipertensión arterial	18 (36%)	15 (30%)	1,33 (0,58-3,07)	0,47
Dislipidemia	25 (50%)	20 (40%)	1,50 (0,68-3,31)	0,33
Síndrome metabólico	30 (60%)	20 (40%)	2,25 (1,03-4,93)	0,04
Escala pronóstica				
Child-Pugh A	5 (10%)	10 (20%)	-	-
Child-Pugh B	20 (40%)	25 (50%)	0,80 (0,33-1,95)	0,62
Child-Pugh C	25 (50%)	15 (30%)	2,33 (1,06-5,11)	0,33
MELD (media ± DE)	18 ± 6	15 ± 5	-	0,01

Complicaciones				
Encefalopatía hepática	20 (40%)	15 (30%)	1,57 (0,67-3,67)	0,30
Hemorragia digestiva alta	13 (26%)	12 (24%)	1,11 (0,44-2,80)	0,82
Ascitis	10 (20%)	10 (20%)	1,00 (0,37-2,68)	1,00
Peritonitis bacteriana espontánea (PBE)	6 (12%)	0 (0%)	-	0,01
Síndrome hepatorenal	4 (8%)	0 (0%)	-	0,04
Mortalidad	12 (24%)	5 (10%)	2,86 (1,01-8,02)	0,04

Lun207

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA (ACLF) COMO PRESENTACIÓN INICIAL EN PACIENTES CON CIRROSIS: ANÁLISIS DEMOGRÁFICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. C. Aguilar-De La O, F. Arreola-Banda, K. A. Miyagui-Adame, A. I. Robles-Ramírez, D. H. Acosta-Sandoval, F. U. Villegas-García, M. Castillo-Barradas, Hospital de Especialidades Azcapotzalco

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) es una descompensación aguda en pacientes con cirrosis, vinculada con falla multiorgánica y alta mortalidad. Puede presentarse en cualquier etapa de la enfermedad, incluso como forma de inicio.
Objetivo: Describir las características clínicas, precipitantes y evolución de pacientes que inician con ACLF en un hospital de tercer nivel en México.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital de Especialidades del CMN La Raza. Se incluyó a 23 pacientes con diagnóstico reciente de cirrosis y presentación inicial como ACLF entre 2022 y 2024.
Resultados: La edad media fue de 49 años, con predominio masculino (69,5%). El 60,9% contaba con escolaridad media superior o superior. Las principales causas de cirrosis fueron: consumo de alcohol (47,8%), disfunción metabólica (30,4%) y causas autoinmunes (8,6%). El 73,9% presentó sobrepeso u obesidad (IMC $29,5 \pm 7,6$); 30,4% era diabético y 13% hipertenso. La mayoría se encontraba en estadio Child-Pugh C (87%) y ninguno se clasificó en estadio A. La puntuación MELD promedio fue de $33 \pm 9,7$. El ACLF grado II fue el más frecuente (47,8%), seguido de los grados I y III (ambos 26,1%). Las descompensaciones más comunes fueron ascitis (52,2%), encefalopatía hepática (17,4%) y hemorragia variceal (8,7%). La falla renal fue la más prevalente (87%) (Tabla 1). Respecto de los precipitantes, el 56,5% tenía origen extrahepático. En los grados 1A y II predominó el componente hepático (75% y 63,6%), mientras que en IIIA y IIIB todos los casos fueron precipitados por causas extrahepáticas (100%). El principal precipitante fue la infección (47,8%), en particular la peritonitis bacteriana espontánea (21,7%). En cuanto a la evolución, el ACLF grado II mostró comportamiento más heterogéneo: 45,5% falleció por progresión, 18,2% experimentó recurrencia y 36,4% no mostró recurrencias. En cambio, todos los pacientes con ACLF IIIB murieron por progresión y los de IIIB carecieron de mejoría o progresión evidente. El ACLF 1A presentó evolución variada, con 50% de recurrencia; todos los pacientes con ACLF 1B fallecieron por progresión (100%). La mortalidad acumulada fue de 30,4% a los siete días, 60,8% a los 30 días, 73,8% a los 90 días y 78,1% al año (Tabla 1). Ningún paciente fue objeto de trasplante.
Conclusiones: En esta cohorte, la ACLF fue la forma de inicio de la cirrosis en pacientes jóvenes, con predominio masculino y causa alcohólica. La obesidad fue común, especialmente en ACLF de grado II. La mayoría tenía estadios avanzados al diagnóstico (Child-Pugh C, MELD elevado). Las infecciones fueron el precipitante más frecuente, especialmente la PBE, lo que subraya la importancia de una búsqueda dirigida al ingreso. Los precipitantes extrahepáticos se relacionaron con mayor gravedad, con predominio en ACLF grado III. La evolución fue más variable en ACLF II, mientras que en grados III predominó la mortalidad temprana. La mortalidad fue elevada desde los primeros 30 días y aumentó de forma progresiva hasta el año.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Análisis demográfico por grupos de ACLF. (Lun207)

Características	Grado I (n = 6)	Grado II (n = 11)	Grado III (n = 6)
Edad (años)	65,33 $\pm$ 14,22	46,55 $\pm$ 15,168	40,83 $\pm$ 11,30
Hombre	66,66% (4)	63,63% (7)	83,33% (5)
IMC	27,83 $\pm$ 7,048	31,55 $\pm$ 8,16	27,65 $\pm$ 6,52
Causa primaria			
Cirrosis hepática por MASLD	33,33% (2)	36,37% (4)	16,66% (1)
Cirrosis hepática por consumo de alcohol	33,33% (2)	45,45% (5)	66,66% (4)
Cirrosis hepática por hepatopatía autoinmune	16,66% (1)	9,09% (1)	0% (0)
Otras causas	16,66% (1)	9,09% (1)	16,66% (1)
Puntuación MELD	27,33 $\pm$ 6,25	31,27 $\pm$ 8,54	43,67 $\pm$ 7,02
Puntuación Child-Pugh			
Puntuación Child-Pugh B	50% (3)	0% (0)	0% (0)
Puntuación Child-Pugh C	50% (3)	100% (11)	100% (6)
Puntuación Clif-C	46 $\pm$ 4	49 $\pm$ 8	58 $\pm$ 9
Falla orgánica			
Neurológica	0% (0)	54,54% (6)	66,66% (4)
Renal	100% (6)	72,72% (8)	100% (6)
Hepática	16,66% (1)	63,63% (7)	83,33% (5)
Coagulativa	0% (0)	18,18% (2)	66,66% (4)
Hemodinámica	0% (0)	9,09% (1)	66,66% (4)

Respiratoria	16,66% (1)	9,09% (1)	50% (3)
Otras descompensaciones			
Ascitis	83,33% (5)	54,54% (6)	16,66% (1)
Desencadenante			
Infeccioso	66,66% (4)	41,66% (5)	33,33% (2)
Hemorragia variceal	0% (0)	18,18% (2)	0% (0)
Alcohol	0% (0)	18,18% (2)	50% (3)
Otro	33,33% (2)	18,18% (2)	16,66% (1)
Mortalidad acumulada			
7 días	33,33% (2)	18,18% (2)	50% (3)
30 días	50% (3)	45,45% (5)	100% (6)
90 días	66,66% (4)	63,63% (7)	100% (6)
365 días	50% (5)	63,63% (7)	100% (6)

MASLD, enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica; MELD, modelo para enfermedad hepática terminal.

Lun208

SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

R. Ramos-Frías, A. E. Ávila-Basulto, R. J. Rivera-Chávez, D. Hinojosa-Ugarte, J. Carrillo-Vidales, C. Martínez-Cabrera, M. Vilatobá-Chapa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) es un síndrome clínico grave vinculado con un riesgo elevado de mortalidad a corto plazo. Existen múltiples definiciones para ACLF. Esta revisión se basa en la definición propuesta por la Asociación Europea para el Estudio del Hígado-Falla Hepática Crónica (EASL-CLIF), la cual la describe como un síndrome clínico grave en pacientes con enfermedad hepática crónica caracterizada por una descompensación aguda de origen intrahepático o extrahepático que progresa a falla orgánica única o múltiple. Se ha demostrado que el trasplante hepático (TH) incrementa la supervivencia, ya que la mortalidad de estos pacientes a 28 días es de 14,6% con ACLF-1, 32% con ACLF-2 y 78,6% con ACLF-3. **Objetivo:** Describir la supervivencia de pacientes con falla hepática aguda sobre crónica en un centro de alto volumen. **Material y métodos:** Se trata de un estudio de cohorte y retrospectivo de un solo centro de tercer nivel. Se incluyó a los pacientes con antecedente de ACLF en los 100 días anteriores al TH entre enero de 2015 y diciembre de 2023; se excluyeron los casos de trasplante hígado-riñón, en dominó y en *split*. Se analizaron variables demográficas, causas y grado de ACLF (EASL-CLIF); las categóricas se expresaron en frecuencias y porcentaje y las continuas en mediana con rango intercuartílico. Se realizó el análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier y se compararon las curvas de supervivencia entre los diferentes grados de ACLF con la prueba de log-rank (Mantel-Cox). **Resultados:** Se realizaron 382 TH de enero de 2015 a diciembre de 2023, de los cuales 57 pacientes presentaron algún grado de ACLF en los 100 días anteriores a su trasplante (n = 57). La mediana de edad fue de 50 años (39-55), 36 (45,61%) eran masculinos y 31 (54,38%) femeninos. La mediana de IMC fue de 24,38 (22,2-27,68). Las principales indicaciones para el trasplante fueron cirrosis biliar primaria (n = 12), cirrosis criptogénica (n = 11) y hepatitis autoinmune (n = 10). Los pacientes se clasificaron de acuerdo con el grado de ACLF, grado 1 (n = 9, 15,7%), grado 2 (n = 24, 42,1%), grado 3 (n = 24, 42,1%). Las principales causas de ACLF fueron peritonitis bacteriana espontánea (n = 14), infección sin foco identificado (n = 12) y síndrome hepatorenal (n = 9). La mediana de seguimiento fue de 6 años y 7 meses. Del total de pacientes con ACLF, 11 fallecieron por lo que se determinó una supervivencia global al año de 91% (IC95%, 0,84-0,98), y una supervivencia de acuerdo con la gravedad, ACLF-1 de 88% (IC95%, 0,70-1), ACLF-2 de 95% (IC95%, 0,88-1) y ACLF-3 de 87% (IC95%, 0,75-1). No se observaron diferencias estadísticamente significativas

en la supervivencia entre los distintos grados de ACLF (p = 0,20). La mortalidad operatoria a los 30 y 90 días fue de 4,2%. **Conclusiones:** El TH representa una opción terapéutica que ofrece una alta supervivencia a 12 meses en pacientes con antecedente de ACLF, lo que demuestra un beneficio en todo su espectro de gravedad. Esto es de especial importancia en los pacientes con ACLF-3, cuya mortalidad supera el 70% a corto plazo, lo cual consolida al trasplante como una intervención que mejora el pronóstico del paciente. **Financiamiento:** Propio del instituto.

Lun209

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES METABÓLICOS EN EL DESARROLLO DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA

V. Hernández-Garza, K. M. Bastida-Guadarrama, D. B. Lorenzo-Valle, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es el cáncer de hígado primario más frecuente y está clasificado como la sexta neoplasia más común y la tercera causa principal de muerte por cáncer. Su desarrollo se relaciona estrechamente con la presencia de enfermedad hepática crónica resultado de una inflamación hepática sostenida, fibrosis y regeneración aberrante de hepatocitos. En cuanto a los factores de riesgo para su desarrollo se encuentra la cirrosis, en especial secundaria a la infección por virus de hepatitis B o C. Sin embargo, en la actualidad se ha notificado un incremento de la relación del CHC y la enfermedad por hígado graso no alcohólico (MASLD) junto con factores como el síndrome metabólico y la diabetes tipo 2. **Objetivo:** Valorar el efecto de los factores metabólicos (diabetes, obesidad, hipertensión, dislipidemia) en el desarrollo de CHC en pacientes con cirrosis de cualquier etiología, sin perder de vista que el daño hepático por MASLD no es un proceso lineal. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, analítico y de casos y controles. Se incluyó a pacientes de la consulta externa de la clínica de hígado con diagnóstico de cirrosis desde el 2021 hasta el 2024, de los cuales 98 pacientes no tenían diagnóstico de CHC y 100 sí. Se evaluaron factores metabólicos (diabetes, obesidad, hipertensión, dislipidemia) para el desarrollo de CHC. **Resultados:** Se incluyó a 198 pacientes con cirrosis, edad de 58,9 ± 10,8 años, 112 (56,6%) hombres, 62 (31,3%) con diagnóstico de diabetes, 53 (26,8%) hipertensos, 17 (8,6%) dislipidémicos y 110 (55,5%) con cierto grado de sobrepeso/obesidad. Las causas de la cirrosis se muestran en la **Tabla 1**. El único factor metabólico que se acompañó de mayor riesgo de padecer CHC fue diabetes (40/62 vs. 60/136 no diabéticos; OR = 2,3; IC95%, 1,2-4,3; p = 0,008).

La hipertensión, la dislipidemia y el sobrepeso/obesidad no mostraron nexo con el riesgo de CHC.

Conclusiones: El CHC es un desafío de salud global debido a la detección tardía de este tumor resultado de su comportamiento clínicamente asintomático. La prevalencia cada vez mayor de cirrosis por MASLD implica que se incrementará la prevalencia de CHC. En este estudio, la diabetes mostró ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de CHC. Su identificación es de vital importancia para iniciar medidas preventivas desde el primer nivel de atención.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Causas de cirrosis: OH: 1, VHC: 2, HAI: 3, MASLD: 4, VHB: 5, CBP: 6, METALD: 7, no filiada: 8, no aplica: 9. (Lun209)				
Etiología	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1. OH	66	33,3	33,3	33,3
2. Hepatitis C	23	11,6	11,6	44,9
3. HAI	1	0,5	0,5	45,5
4. MASLD	59	29,8	29,8	75,3
5. Hepatitis B	4	2	2	77,3
6. CBP	7	3,5	3,5	80,8
7. METALD	24	12,1	12,1	92,9
8. No filiada	13	6,6	6,6	99,5
9. No aplica	1	0,5	0,5	100,0
Total	198	100%	100%	

Lun210

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METOTREXATO

J. S. Rodríguez-Martínez, G. Barrientos-Cabrera, F. D. Martínez-Sánchez, S. M. Armendáriz-Pineda, P. J. A. Rodríguez-Henríquez, M. E. Vega-Memije, A. García-Peña, R. Rivera-Martínez, J. Córdova-Gallardo, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: El metotrexato (MTX) es un fármaco utilizado en el tratamiento de enfermedades inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide y la psoriasis debido a su eficacia inmunomoduladora. Sin embargo, su uso prolongado se ha vinculado con el desarrollo progresivo de fibrosis hepática. La fibrosis hepática inducida por MTX es un proceso potencialmente irreversible, lo que subraya la importancia de una vigilancia clínica y laboratorial adecuada. Diversos factores como sexo, edad, dosis acumulada y perímetro abdominal se han propuesto como posibles elementos de riesgo para el desarrollo de daño hepático crónico. Identificar estos factores es crucial para prevenir la progresión a F4 y optimizar la seguridad del tratamiento con MTX.

Objetivo: Determinar la frecuencia y factores relacionados con el desarrollo de fibrosis hepática en pacientes con tratamiento prolongado con MTX.

Material y métodos: Estudio transversal, analítico, retrospectivo y con muestreo no probabilístico por inclusión consecutivo. Se incluyó a pacientes adultos que acuden a consulta con diagnósticos de artritis reumatoide, dermatomiositis, psoriasis y esclerosis sistémica, los cuales estuvieron bajo tratamiento con MTX por un periodo mayor de seis meses. Se excluyó a los pacientes con consumo previo de vitamina E y ácido ursodesoxicólico. Se les realizó ultrasonido con SWE para la medición de fibrosis hepática.

Resultados: Se incluyó a 321 pacientes con edad promedio de 55 años ± 15. Del total de individuos analizados, 90,3% correspondió a mujeres; 18,8% presentaba diabetes tipo 2; el perímetro abdominal promedio fue de 96 cm ± 3 cm, con un índice de masa corporal (IMC) promedio de 27 (24-28) kg/m², lo que sugiere una tendencia general al sobrepeso. El análisis identificó que los principales factores vinculados con el desarrollo de F4 fueron: edad, dosis acumulada de MTX, sexo masculino y perímetro abdominal. El riesgo de F4 aumentó de modo progresivo con la edad y se observó que, por cada año adicional de vida, la probabilidad de desarrollar F4 se incrementaba 5,4%.

En cuanto a la dosis acumulada de MTX se encontró que, por cada gramo adicional administrado, el riesgo de F4 aumentaba 20,6%. El sexo masculino fue un factor de riesgo significativo, ya que los hombres registraron una probabilidad 5,4 veces mayor de desarrollar F4 en comparación con las mujeres. Asimismo, un perímetro abdominal mayor se vinculó con mayor riesgo de F4, aunque esta relación no alcanzó significancia estadística (Tabla 1). Por otro lado, la presencia de diabetes tipo 2 no mostró relación significativa como factor relacionado con F4.

Conclusiones: El MTX no está exento de consecuencias graves. En este estudio se observó que, por cada gramo acumulado de MTX, la probabilidad de tener F4 se incrementaba, aunque no hubo vinculación con el tiempo de uso. Por otro lado, los factores ya conocidos relacionados con la progresión a F4, como edad y sexo, también se identificaron. Estos hallazgos señalan que el desarrollo a F4 en pacientes bajo tratamiento prolongado podría no ser una eventualidad, sino una complicación predecible y directamente relacionada con factores clínicamente identificables. La vigilancia estrecha mediante herramientas no invasivas junto con un enfoque individualizado en el control de comorbilidades y dosis prescrita es fundamental para reducir la progresión del daño hepático. El uso racional del MTX debe ir acompañado de una evaluación hepática periódica y una vigilancia proactiva de factores de riesgo modificables.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Tabla 1. Principales factores relacionados con el desarrollo de F4. (Lun210)						
Variable	Fibrosis grado 4		Valor P	OR	IC95%	
	Sin (%)	Con (%)			inferior	superior
Edad (años)	99,7	0,3	0,014	1,054	1,011	1,099
Sexo masculino	8,9	25,0	0,012	5,58	1,458	21,379
Perímetro abdominal (cm)	99,1	0,9	0,054	1,034	0,999	1,070
Dosis acumulada de MTX (g)	99,7	0,3	0,017	1,206	1,033	1,407

IC, intervalo de confianza; cm, centímetros; g, gramos; MTX, metotrexato. Análisis de regresión, logística binaria.

Lun211

IMPACTO DEL GRADO DE FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y MORTALIDAD DE PACIENTES CIRRÓTICOS EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

F. Arreola-Banda, K. A. Miyagui-Adame, J. C. Aguilar-De La O, A. I. Robles-Raméño, D. H. Acosta-Sandoval, F. U. Villegas-García, M. Castillo-Barradas, Hospital de Especialidades

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) representa una forma de descompensación de la cirrosis con alta mortalidad. Su clasificación por grados permite estratificar el riesgo; los grados II y III son los más graves. Analizar sus características clínicas, desencadenantes y evolución facilita la comprensión pronóstica y las decisiones terapéuticas.

Objetivo: Comparar características clínicas, desencadenantes y supervivencia en pacientes con ACLF de grados II y III.

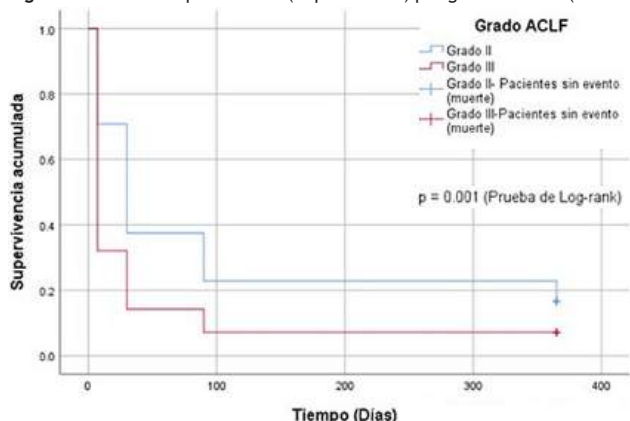
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital de Especialidades del CMN La Raza. Se incluyó a 104 pacientes con diagnóstico de ACLF: 48 con grado II y 56 con grado III. Se realizó análisis estadístico comparativo entre ambos grupos.

Resultados: En el grupo con ACLF de grado II predominó el sexo femenino (60%); en el grado III no hubo diferencia por género. Las principales causas de cirrosis fueron disfunción metabólica (MASLD), alcohol y origen autoinmune. Predominó la clasificación de Child-Pugh C: 83% en grado II y 96 % en grado III. Los factores precipitantes extrahepáticos fueron más comunes en ambos grupos: 64,6% en ACLF II y 80,4% en III. Las infecciones fueron los desencadenantes más frecuentes (50%), seguidas por hemorragia digestiva (25% en grado II y 21% en III). En las infecciones, la infección de vías urinarias predominó en ACLF II (45%) y la peritonitis bacteriana espontánea en ACLF III (28%). Respecto de los precipitantes hepáticos, el alcohol fue el más común (17,9%

de los 28 casos), mientras que en 64,3% no se identificó un factor claro. En cuanto a las variables clínicas y bioquímicas, los pacientes con ACLF III registraron puntuaciones significativamente más altas en MELD ($p = 0,010$), CLIF-C ($p < 0,001$), bilirrubina ($p = 0,026$), INR ($p < 0,001$) y lactato ($p = 0,011$) que los del grado II. No hubo diferencias significativas en edad, sodio, creatinina, leucocitos ni tiempo desde el diagnóstico. Respecto de la evolución clínica, el 70,8% de los pacientes con ACLF II que fallecieron tuvo un empeoramiento progresivo; el 29,2% murió sin cambios relevantes desde el ingreso. En ACLF III, la evolución fue más heterogénea: el 35,7% falleció tras una progresión clínica, y un 46,4% experimentó estabilización o recurrencia tras la mejoría inicial (19,6% con recurrencia, 26,8% sin ella). La falla respiratoria (69,2%) y hemodinámica (64,6%) al diagnóstico se acompañó de mayor mortalidad temprana. Por último, se encontró una diferencia significativa en la supervivencia ($p = 0,001$). En ACLF II, la supervivencia fue de 80,8% a los siete días, 37% a los 30 días, 22,9% a los 90 días y 16,7% al año. En ACLF III fue de 32,1% a los siete días, 14,3% a los 30 días y 7,1% tanto a los 90 días como al año (Figura 1).

Conclusiones: En ACLF de grado III se observaron mayores valores de MELD, CLIF-C, bilirrubina, INR y lactato. En ambos grados, los precipitantes extrahepáticos fueron más frecuentes y se vincularon con mayor gravedad. La infección fue el principal desencadenante: infección de vías urinarias

Figura 1. Curva de supervivencia (Kaplan-Meier) por grado de ACL. (Lun211)



en ACLF II y peritonitis bacteriana espontánea en ACLF III. La evolución fue más variable en ACLF III. La supervivencia fue menor en ACLF III desde los primeros siete días, sin mejora posterior a los 90 días.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun212

EXTUBACIÓN TEMPRANA EN TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE FACTORES ASOCIADOS Y DESENLACES CLÍNICOS EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

F. Arreola-Banda, J. C. Aguilar-De La O, Y. N. Varela-Martínez, K. A. Torres-Barrera, F. Martínez-Silva, UMAE Hospital de Especialidades Azcapotzalco

Introducción: En las últimas décadas, la extubación orotraqueal temprana (EOT) se ha consolidado como una estrategia preferida en la atención posquirúrgica de pacientes sometidos a trasplante hepático (TH), debido a su menor tasa de complicaciones, tiempos de recuperación más cortos y reducción de costos hospitalarios. Aunque las publicaciones internacionales han identificado diversos factores relacionados con el éxito de esta intervención, en México no existen estudios que registren su prevalencia ni los determinantes clínicos vinculados con sus desenlaces. Además, persiste la ausencia de un consenso claro sobre los criterios para seleccionar a los pacientes elegibles para este abordaje. Estas limitaciones destacan la necesidad de generar evidencia local que respalde la implementación segura y efectiva de la EOT en el contexto del TH.

Objetivo: Determinar la prevalencia, los factores clínicos relacionados y los desenlaces posoperatorios de la EOT en pacientes con TH.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal en el Hospital de Especialidades del CMN La Raza. Se incluyó a 59 pacientes operados de TH entre 2019 y 2024. Se analizaron variables clínicas, transoperatorias y bioquímicas vinculadas con la EOT, su éxito o fracaso y desenlaces en UCI, mediante análisis estadístico comparativo.

Resultados: Se registró una prevalencia global de EOT del 83,05%. La tasa de reintubación fue del 14,28%. No se observaron diferencias significativas en edad, sexo, IMC ni tiempo en lista de espera entre los grupos de extubación temprana, tardía o fallida. La extubación fallida se relacionó con antecedentes

Tabla 1. Análisis comparativo de variables demográficas, bioquímicas y transoperatorias de acuerdo con el tipo de extubación. (Lun212)

	Extubación orotraqueal temprana (n = 49) Media/DE	Extubación orotraqueal tardía (n = 10) Media/DE	Valor de p
Variables demográficas			
Edad	48,76 ± 10,30	51,70 ± 11,93	0,426
Índice de masa corporal	25,22 ± 3,49	25,00 ± 2,73	0,826
Puntuación MELD	16,71 ± 6,12	14,5 ± 4,40	0,196
Meses en lista de espera antes del trasplante hepático	2,98 ± 2,47	3,6 ± 3,16	0,493
Variables transoperatorias			
Sangre total perdida en mL	3930,12 ± 2585,68	10090 ± 5674,59	0,007*
Cantidad de concentrados eritrocitarios utilizados	3,91 (977 mL) ± 2,29	9,70 (2425 mL) ± 8,15	0,049*
Cantidad de plasmas frescos congelados usados	3,94 (591 mL) ± 4,06	6,90 (1035 mL) ± 3,81	0,038*
Cantidad de aféresis plaquetarias utilizadas	1,41 (282 mL) ± 1,68	2,80 (560 mL) ± 1,13	0,016*
Tiempo anhepático en minutos	131,92 ± 82,42	132,90 ± 70,202	0,970
Tiempo de isquemia fría en minutos	428,24 ± 67,23	478,80 ± 80,34	0,040*
Cantidad de vasopresores empleados	0,90 ± 0,84	1,30 ± 1,05	0,195
Dosis media de infusión de norepinefrina (µg/kg/min)	0,11 ± 0,15	0,20 ± 0,195	0,099
Variables bioquímicas posoperatorias			
INR	1,86 ± 0,53	2,42 ± 0,74	0,006*
Leucocitos (K/µL)	9340,00 ± 5,35	5730 ± 3,03	0,045*
Hemoglobina (g/dL)	10,67 ± 1,98	10,74 ± 2,09	0,924
Plaquetas (K/µL)	76983,67 ± 38465,76	80140 ± 31292,32	0,809
Creatinina (mg/dL)	0,99 ± 0,47	1,64 ± 2,04	0,342
ALT (U/L)	791,71 ± 641,82	1152,10 ± 834,72	0,130
Bilirrubinas totales (U/L)	791,71 ± 641,82	1152,10 ± 834,72	0,130
Lactato (U/L)	4,24 ± 2,96	7,51 ± 4,99	0,007*

MELD, Model for end-stage liver disease; INR, índice internacional normalizado. * $p < 0,05$.

de encefalopatía hepática, MASLD y poliquistosis hepática. Se encontró que los pacientes con EOT presentaron menor pérdida sanguínea, menor requerimiento transfusional y tiempos de isquemia fría más bajos ($p < 0,05$). Bioquímicamente, los valores de lactato, INR y leucocitos posoperatorios fueron significativamente menores en la extubación temprana; el lactato también se vinculó con éxito extubatorio (Tabla 1). El tiempo promedio de estancia en UCI fue significativamente menor en pacientes con EOT (3,6 vs. 7,3 días; $p = 0,01$). No se registraron muertes en las primeras 72 horas en los grupos de extubación temprana o fallida, mientras que la extubación tardía tuvo una mortalidad del 10% al egreso.

Conclusiones: La prevalencia de EOT en pacientes con TH en esta unidad se encuentra cerca del límite superior notificado en el plano internacional. Estos resultados respaldan su seguridad y eficacia, al reducir complicaciones, estancia en UCI y mortalidad temprana, lo que promueve su continuidad como estrategia clínica importante.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun213

COMPARACIÓN DE MARCADORES NO INVASIVOS CON FIBROSCAN PARA LA EVALUACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON MASLD

A. Jasqui-Bucay, E. Buganza-Torio, I. Aiza-Haddad, A. S. Ríos-Del Río, D. L. Núñez-Elizondo, F. Zamarripa-Dorsey, M. E. López-Acosta, Hospital Ángeles Lomas

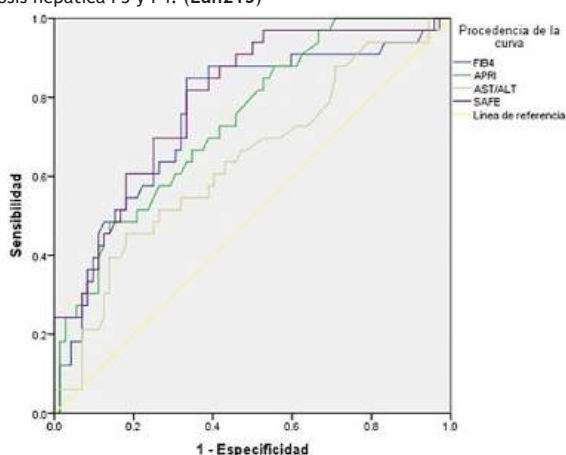
Introducción: La enfermedad hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD) puede llevar a la fibrosis y la cirrosis. Los métodos no invasivos para evaluar la fibrosis hepática incluyen biomarcadores en sangre y técnicas de imagen como la elastografía transitoria (FibroScan). Estas pruebas son útiles en ausencia de la biopsia hepática debido a su seguridad, facilidad de uso y precisión.

Objetivo: Comparar la eficacia diagnóstica y desempeño de marcadores no invasivos (FIB4, SAFE, APRI, AST/ALT) y su correlación con la elastografía de transición controlada por vibración para determinar la presencia de fibrosis hepática secundaria a MASLD.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico, comparativo y transversal. Se incluyó a pacientes con estudios completos de laboratorio realizados en un intervalo no mayor de dos meses antes o después del FibroScan sin diagnóstico previo de hepatitis viral crónica, enfermedad colestásica, hepatitis autoinmune o hepatitis alcohólica.

Resultados: La muestra de estudio consistió en 143 individuos con una edad media de 53,1 años (DE = 12,8); un 39,2% de la muestra se categorizó como obesa. El 36,4% de los participantes presentó un estadio de fibrosis F0, el 10,5% F1, el 15,4% F2, el 7,7% F3, y el 30,1% F4. Todos los índices de fibrosis (FIB4, APRI, AST/ALT y SAFE) fueron significativamente mayores en el grupo F3-F4. En términos de áreas bajo la curva (AUC), SAFE tuvo el mayor rendimiento diagnóstico con una AUC de 0,792 (IC95%, 0,702, 0,882, $p < 0,001$), con una sensibilidad del 84,8% y una especificidad del 61,1% (Figura 1)

Figura 1. Curvas ROC de FIB4, APRI, AST/ALT y SAFE para la detección de fibrosis hepática F3 y F4. (Lun213)



Conclusiones: El mejor índice para valorar la presencia de fibrosis avanzada es SAFE, en comparación con APRI, FIB-4 y AST/ALT. Este índice posee la mayor área bajo la curva y mejor correlación con FibroScan.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun214

CUIDAR AL QUE ENFERMA: EL PESO INVISIBLE DE LA CIRROSIS DESCOMPENSADA EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegria-Ovando, J. L. Pérez-Hernández, A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-la-Tijera, Grupo Colaborativo: Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las enfermedades crónicas deterioran la calidad de vida de los cuidadores primarios (CP); la cirrosis hepática avanzada requiere una participación constante e importante de los CP y esto tiene un efecto negativo en su calidad de vida.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los CP de pacientes con cirrosis descompensada.

Material y métodos: Estudio de cohorte observacional, prolectivo y analítico. Se evaluó a CP de pacientes del Hospital General de México con cirrosis hepática, se utilizó la prueba SF-36 y se incluyó a un grupo control de sujetos sanos. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS V. 25. Se usó la ji cuadrada para evaluar la relación con el CP y la prueba t de Student para comparar las medias de los dominios. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 100 cuidadores primarios, 63 de ellos mujeres con media de $47,7 \pm 9,9$ años, y 102 controles, 45 (44%) de ellos mujeres y media de edad de $38,8 \pm 13$ años ($p = 0,001$). Hasta 59% de los CP cuidaban Child-Pugh B y 41% Child-Pugh C. Se encontraron diferencias en los ocho dominios con deterioro en el grupo de CP. Función física: CP $93,5 \pm 13,7$ vs. $57,2 \pm 18,7$; salud física: $86,7 \pm 27,8$ vs. $59,3 \pm 24,9$; dolor corporal: $83,6 \pm 25,8$ vs. $43,1 \pm 39,2$; salud general: $72,2 \pm 18,8$ vs. $47,3 \pm 27$; fatiga: $81,7 \pm 12,9$ vs. 45 ± 16 ; funcionamiento social: $89,4 \pm 17,5$ vs. $43,8 \pm 18,6$; problemas emocionales: $83 \pm 35,6$ vs. $43 \pm 12,9$; y bienestar emocional: $87 \pm 11,2$ vs. $46,3 \pm 11,6$.

No se hallaron diferencias entre Ch-P-B vs. Ch-P-C, excepto en $\pm$ funcionamiento físico en el que Ch-P-B tuvo mayor puntuación ($60,8 \pm 19,1$ vs. $51,9 \pm 17$).

Conclusiones: Los cuidadores primarios de pacientes con cirrosis avanzada tienen deterioro de la calidad de vida en comparación con grupo control, en todos los dominios, y es independiente de la clase funcional.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Lun215

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE PLAQUETA/DIÁMETRO DE BAZO COMO MÉTODO AUXILIAR DIAGNÓSTICO NO INVASIVO DE VÁRICES ESOFÁGICAS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SEGUNDO NIVEL

O. P. Cervantes-Gutiérrez, E. E. R. Bernal-Hernández, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La cirrosis hepática es una enfermedad crónica y progresiva, considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Entre sus complicaciones más graves se encuentra la hipertensión portal clínicamente significativa, la cual puede derivar en várices esofágicas, que a su vez representan un alto riesgo de hemorragia digestiva. En este contexto, el índice plaqueta/diámetro de bazo (P/DB) ha surgido como una posible herramienta no invasiva para predecir la presencia de estas várices. Este índice combina dos parámetros accesibles: el recuento plaquetario, que suele estar disminuido en la cirrosis, y el diámetro esplénico medido por ultrasonido, relacionado con la hipertensión portal. Diversos estudios han sugerido una correlación útil, aunque con resultados variables.

Objetivo: Evaluar la utilidad del índice plaqueta/diámetro del bazo como método auxiliar no invasivo para detectar várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática en un centro hospitalario de segundo nivel.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo en el servicio de medicina interna del Hospital General Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua de enero de 2023 a julio de 2024. Se incluyó a 126 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática, a quienes se les realizó endoscopia, ultrasonido abdominal para medir el bazo y biometría hemática. Se calculó el índice P/DB y se comparó con la presencia de várices. El análisis estadístico incluyó las pruebas ji cuadrada, t de Student y curva ROC, con un nivel de significancia de 95%.

Resultados: El 62,7% de la población correspondió al género femenino, con una media de edad de 64,4 años. Se identificaron várices esofágicas en el 69% de los pacientes. La comparación de medias mostró que a menor recuento plaquetario mayor presencia de várices, con significancia estadística. Al analizar el índice P/DB con punto de corte < 0,909 se observó una diferencia significativa (p = 0,001) entre los grupos con y sin várices. Sin embargo, la curva ROC mostró un área bajo la curva (AUC) de apenas 0,083, lo que indica un bajo poder discriminativo y una sensibilidad/especificidades no adecuadas para su uso diagnóstico en esta población.

Conclusiones: El índice plaqueta/diámetro de bazo (P/DB) demostró no ser una herramienta diagnóstica útil para la detección no invasiva de várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital General Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua. Aunque se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con y sin várices al usar el punto de corte previamente validado (0,909), el bajo rendimiento diagnóstico evidenciado por un AUC de 0,083 descarta su utilidad clínica en esta población. Este resultado deja abierta la oportunidad de evaluar herramientas alternativas que se ajusten mejor a las características de la población mexicana.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun216

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICA-MENTE SIGNIFICATIVA CON RIGIDEZ HEPÁTICA BAJA EN PACIENTES CON MASLD: ¿UN FENOTIPO OCULTO DE DESCOMPENSACIÓN?

G. A. Rodríguez-Bravo, L. A. Rosales-Rentería, K. M. Reyes-Saldívar, A. Sánchez-Araiza, C. Salcido-Yáñez, H. L. Romaña-Alvarado, M. S. González-Huezo, Centro Médico ISSEMYM Toluca

Introducción: La rigidez hepática medida por elastografía es una herramienta validada para determinar la presencia de hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) en pacientes con cirrosis. Sin embargo, se ha observado que algunos individuos con enfermedad hepática metabólica vinculada con disfunción lipídica (MASLD) muestran signos endoscópicos de HPCS a pesar de valores bajos de rigidez hepática. Este fenómeno sugiere que, en la MASLD, la rigidez hepática podría subestimar el riesgo real de HPCS y dificultar la identificación adecuada de pacientes en riesgo de descompensación.

Objetivo: Determinar la prevalencia de HPCS en pacientes con MASLD con rigidez hepática < 20 kPa, así como evaluar la sensibilidad del punto de corte de 20 kPa + trombocitopenia < 150 mil (criterios de Baveno VII) para identificar HPCS en comparación con otras causas de cirrosis.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo transversal en pacientes con diagnóstico de cirrosis evaluados en el Centro Médico ISSEMYM Toluca. Se incluyó a todos los pacientes con evaluación de rigidez hepática mediante elastografía transitoria (FibroScan®) y endoscopia digestiva alta realizada en un periodo no mayor de seis meses entre ambos estudios. Se recolectaron variables demográficas, causa de la enfermedad hepática, rigidez hepática (kPa), recuento plaquetario y hallazgos endoscópicos. La presencia de HPCS se definió mediante dos criterios: no invasivo (criterios de Baveno VII): rigidez hepática ≥ 20 kPa y plaquetas < 150 000/mm³. Estándar clínico: hallazgos endoscópicos consistentes con HPCS, incluidas várices esofágicas o gástricas. Se clasificó a los pacientes de acuerdo con el origen en MASLD (incluidos MASLD + VHC) y otras causas. Se calculó la prevalencia de HPCS con rigidez hepática baja (< 20 kPa), la sensibilidad del punto de corte ≥ 20 kPa para predecir HPCS y se compararon proporciones mediante prueba exacta de Fisher, al calcular

razón de momios (OR), riesgo relativo (RR), intervalos de confianza al 95% (IC95%) y valor de p.

Resultados: Se incluyó a 79 pacientes con cirrosis y estudios completos de elastografía y endoscopia; 43 (54,4%) se clasificaron con MASLD y 36 (45,6%) con otras causas. La prevalencia global de HPCS con rigidez hepática < 20 kPa fue del 19,0% (15/79). Esta prevalencia fue significativamente mayor en el grupo MASLD, en el cual 30,2% (13/43) de los pacientes tuvo HPCS a pesar de una rigidez hepática baja, en comparación con sólo 5,6% (2/36) en otras causas (RR 5,4; OR 7,4; p = 0,008). Véase la **Tabla 1**. Al evaluar la capacidad diagnóstica del punto de corte de 20 kPa para detectar HPCS, según los hallazgos endoscópicos, se observó una sensibilidad de 33,3% en MASLD frente a 86,7% en pacientes con otras causas, lo que sugiere una menor capacidad para identificar adecuadamente a los pacientes con HPCS en el grupo metabólico.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con cirrosis, los pacientes con MASLD mostraron una mayor prevalencia de hipertensión portal clínicamente significativa a pesar de tener valores bajos de rigidez hepática (< 20 kPa), en comparación con otras causas. Además, el punto de corte propuesto por Baveno VII mostró una sensibilidad marcadamente reducida en MASLD, lo que podría llevar a una subestimación del riesgo de descompensación cuando se aplican los criterios no invasivos habituales. Estos hallazgos señalan que los criterios de rigidez hepática podrían no ser completamente confiables en MASLD y refuerzan la importancia de la evaluación endoscópica directa en este subgrupo de pacientes. Los futuros estudios deben validar si se requieren umbrales ajustados o estrategias alternativas de estratificación en esta población.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Prevalencia y sensibilidad para HPCS con < 20 kPa + < 150 k plaquetas. (Lun216)				
Grupo	Total de pacientes	Criterios de Baveno VII	Proporción (%)	Sensibilidad Baveno VII
MASLD	43	13	30,2	33,3
Otras causas	36	2	5,6	86,7

Lun217

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR EN TRATAMIENTO CON ATEZOLIZUMAB Y BEVACIZUMAB EN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

L. V. Cupil-Escobedo, F. Martínez-Rivera, J. C. Silis-Cravioto, R. Y. López-Pérez, J. C. Zavala-Castillo, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El carcinoma hepatocelular (HCC) es el tumor maligno más común del hígado y una causa importante de mortalidad mundial, con una incidencia creciente calculada en más de un millón de muertes para el año 2030. En México ocupa el noveno lugar en incidencia y se vincula principalmente con cirrosis hepática, cuya causa más común es metabólica, seguida por infecciones virales y consumo de alcohol. La mayoría de los pacientes se diagnostica en etapas avanzadas con opciones terapéuticas limitadas. El tratamiento sistémico combinado con atezolizumab (anticuerpo anti-PD-L1) y bevacizumab (anti-VEGF) ha demostrado mejorar la supervivencia en el HCC avanzado; en 2020 la FDA aprobó esta combinación para el tratamiento de personas con HCC irresecable o metastásico que habían recibido tratamiento sistémico previo. Sin embargo, en México existe información limitada sobre el perfil clínico y resultados de esta modalidad en la población local, lo que justifica la realización de este estudio.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática con criterios diagnósticos de hepatocarcinoma y que recibieron tratamiento médico con atezolizumab/bevacizumab en el Hospital General de México Eduardo Liceaga, además de identificar la progresión de la enfermedad, describir la supervivencia global y analizar la incidencia de episodios adversos registrados en los pacientes vinculados con el tratamiento con atezolizumab y bevacizumab.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico confirmado de HCC por imagen o biopsia, con cirrosis hepática, tratados con atezolizumab y bevacizumab en el Hospital General de México Eduardo Liceaga entre abril de 2023 y junio de 2024. Se incluyeron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, respuesta tumoral, progresión, supervivencia y efectos adversos. El tamaño muestral fue por conveniencia (20 pacientes). Se utilizaron pruebas estadísticas adecuadas (prueba t, χ^2 , Fisher) y análisis con SPSS v25. Se respetaron aspectos éticos y de confidencialidad.

Resultados: Se incluyó a 20 pacientes (13 hombres y 7 mujeres) con edad promedio de 65 $\pm$ 10,5 años (24-76). La causa fue metabólica en 45% (Tabla 1), la mayoría Child-Pugh A (85%) y MELD < 12 (75%), ECOG 0 en 65% y BCLC C en 55%. El 80% con lesión única y 20% con dos o más lesiones. Los valores de alfafetoproteína fueron < 400 ng/dL en 11 pacientes. El 65% tenía várices esofágicas y 45% invasión extrahepática. Los efectos adversos se observaron en 60% y la hemorragia digestiva fue la más frecuente. Todos recibieron atezolizumab-bevacizumab; 65% tenía tratamientos previos. Según RECIST 1,1, 35% logró respuesta completa, 10% parcial y 55% nula. La respuesta se mantuvo $\geq$ 3 meses en siete pacientes y > 6 meses en dos. Fallecieron 6 (30%) pacientes. La supervivencia libre de progresión fue de 6,5 meses (IC95%, 5,2-8,6) y la global de 11,5 meses (IC95%, 9,9-13,1).

Conclusiones: En este país no existen estudios que caractericen el hepatocarcinoma, sobre todo en pacientes en tratamiento con inmunoterapia como atezolizumab-bevacizumab. Se demuestra la importancia del tamizaje diagnóstico-terapéutico, dada la rápida progresión y alta mortalidad de esta neoplasia. Es fundamental seguir la investigación para identificar factores de riesgo y progresión, con el objetivo de establecer algoritmos diagnósticos y planear tratamientos que mejoren los desenlaces en pacientes con hepatocarcinoma.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Tabla 1. Caracterización de la población incluida. (Lun217)	
Edad	Mediana 65 años (24-76)
Género	
Masculino	65%
Femenino	35%
Cirrosis	
Sí	100%
Causas	
No filiada	30%
Alcohol	15%
VHB	10%
Metabólica	45%
Child-Pugh	
A	85%
B	15%
C	0
MELD	
< 12	75%
12-20	25%
> 20	0
Várices esofágicas	
Ausentes	65%
Presentes	35%
ECOG	
0	65%
1	35%
Alfafetoproteína	
< 400 ng/mL	55%
> 400 ng/mL	45%

Lun218

FRECUENCIA DE SARCOPENIA Y FRAGILIDAD EN LOS DISTINTOS FENOTIPOS DE LA CIRROSIS DESCOMPENSADA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M. F. Hernández-Jiménez, J. M. Aldana-Ledesma, D. K. Tapia-Calderón, E. S. García-Jiménez, D. Lagos-Prieto, H. E. Colín-Ramos, K. García-Ruiz, R. Corona-Prieto, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La sarcopenia y la fragilidad se relacionan con un importante efecto en el pronóstico en la cirrosis hepática descompensada. El índice de músculo esquelético por tomografía es el estándar de oro para evaluar la sarcopenia, pero su utilidad en la práctica clínica habitual es limitada debido a su costo y disponibilidad, por lo que se han propuesto métodos alternativos más accesibles como la antropometría, la bioimpedancia eléctrica (BIA), el ángulo de fase (PhA), la fuerza de agarre y el cuestionario SARC-F. A pesar de la creciente evidencia, son pocos los estudios que caracterizan integralmente el estado nutricional y funcional de pacientes con cirrosis descompensada en Latinoamérica.

Objetivo: Describir la frecuencia de sarcopenia y fragilidad en los distintos fenotipos de la cirrosis descompensada con herramientas accesibles, como MAMC, PhA, SARC-F y fuerza de agarre.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal y analítico, que incluyó a pacientes hospitalizados por cirrosis hepática descompensada durante 2023 y 2024; se registraron los datos sociodemográficos y clínicos. La sarcopenia se evaluó mediante circunferencia muscular del brazo (MAMC) y PhA por BIA, tras ajustar los puntos de corte de acuerdo con el sexo. La fragilidad se evaluó mediante SARC-F y fuerza de agarre manual. Se realizó un análisis estadístico con medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. Además, se realizó análisis estadístico con la prueba de McNemar.

Resultados: Se incluyó a un total de 147 pacientes con cirrosis hepática descompensada. La mediana de la edad fue de 54 años (RIC, 44-63), la mayoría de ellos hombres (82,3%). La media del IMC fue de 25,3 $\pm$ 4,9 kg/m². El 12,9%, 47,6% y 39,5% de los pacientes se clasificaron en los estadios A, B y C de Child-Pugh, respectivamente. Con una mediana de MELD, MELD Na y MELD 3.0 de 17 (RIC, 12-23), 21 (RIC 13-27) y 21 (RIC 15-27), respectivamente. La mortalidad global fue del 23,1% (n = 34). El 50% (n = 17) de las muertes se produjo al mes. La prevalencia de sarcopenia varió de acuerdo con el método diagnóstico empleado. Al emplear el MAMC se identificó sarcopenia en el 57,82% de los pacientes (n = 85) con una mediana de 22,5 (RIC, 19,5-26,9). Por otro lado, mediante el PhA por BIA la prevalencia fue del 91,2% (n = 134) con una mediana de 4,2 (RIC, 3,6-5,1) y diferencias estadísticamente significativas en ambas herramientas (p < 0,05). La frecuencia de fragilidad también tuvo variación según fuera el método empleado; con el cuestionario SARC-F se identificó en 63,9% con una mediana de 4 (RIC, 1-7) y por medio de la fuerza de agarre medida con dinamómetro se observó una media de 17,6 kg ($\pm$ 8), con fragilidad identificada en el 81,6% de los casos, también con diferencias significativas entre ambas herramientas (p < 0,05). Véase la Tabla 1.

Conclusiones: La sarcopenia y la fragilidad son altamente prevalentes en pacientes hospitalizados por cirrosis descompensada, lo que denota una alta

Tabla 1. Frecuencia de sarcopenia de acuerdo con el fenotipo de cirrosis descompensada, (Lun218)				
Fenotipos de descompensación				
	CDE n = 57	CDI n = 27	Pre-ACLF n = 9	ACLF n = 54
Sarcopenia por PhA % (n)	89,4 (51)	92,6 (25)	88,9 (8)	92,6 (50)
Sarcopenia por MAMC % (n)	50,9 (29)	63 (17)	55,5 (5)	63 (34)
Fragilidad por SARC-F % (n)	52,6 (30)	66,7 (18)	66,7 (6)	74 (40)
Fragilidad por fuerza de agarre % (n)	70,2 (40)	96,3 (26)	88,9 (8)	85,2 (46)

proporción en todos los fenotipos. Ésta puede variar según sea la herramienta utilizada, con un mayor rendimiento diagnóstico al usar PhA por BIA en comparación con MAMC y fuerza de agarre respecto de SARC-F. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incluir evaluaciones funcionales y nutricionales con uso de métodos accesibles en la práctica clínica regular.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun219

ADMINISTRACIÓN DE ALBÚMINA INTRAVENOSA GUIADA POR ULTRASONIDO DE EXCESO VENOSO EN PUNTO DE ATENCIÓN EN CIRROSIS DESCOMPENSADA: UN ENSAYO PILOTO ABIERTO Y ALEATORIZADO CONTROLADO

C. Salcido-Yáñez, L. A. Rosales-Rentería, M. L. Torres-Mata, M. Morales-Ibarra, A. Sánchez-Araiza, H. L. Romaña-Alvarado, G. A. Rodríguez-Bravo, K. M. Reyes-Saldivar, M. S. González-Huezo, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: La cirrosis es una enfermedad multisistémica y dinámica en la que los pacientes descompensados son particularmente lábiles desde el punto de vista hemodinámico. Entre aquellos que requieren hospitalización, existen tres indicaciones principales para el uso de albúmina: paracentesis de gran volumen (PGV), peritonitis bacteriana espontánea (PBE) y lesión renal aguda/síndrome hepatorenal tipo AKI (LRA/SHR-AKI). Las dosis establecidas de albúmina intravenosa recomendadas por las guías provienen de estudios preclínicos de 1978 (en el caso de LRA) y de 1986 (para la PGV), y la justificación detrás de su uso es bastante arbitraria. El estudio ATTIRE demostró que una mayor dosis de albúmina se vinculó con sobrecarga de volumen. El ultrasonido de exceso venoso en punto de atención (VExUS) es un método dinámico y fácilmente reproducible que clasifica la sobrecarga intravascular en cuatro etapas (0 a 3) y podría ser útil para determinar qué pacientes con cirrosis descompensada tienen mayor riesgo de sobrecarga de volumen y de insuficiencia respiratoria antes de la administración de albúmina.

Objetivo: Evaluar si la administración de albúmina intravenosa guiada por ultrasonido de exceso venoso en punto de atención en pacientes con cirrosis descompensada o no guiada se relaciona con menor mortalidad.

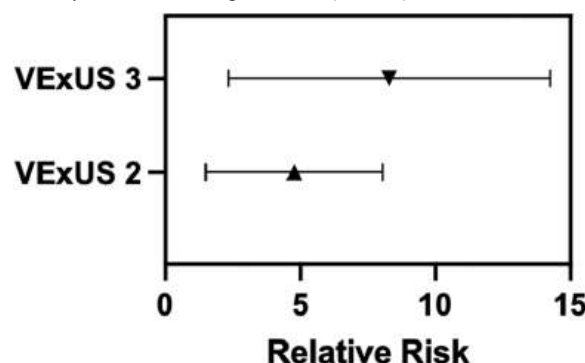
Material y métodos: Se incluyó a pacientes con cirrosis descompensada (CD) e indicación para el uso de albúmina (PGV, LRA con ascitis, PBE) hospitalizados del 1 de marzo del 2023 al 1 de abril del 2024. A todos los pacientes se les realizó un protocolo VExUS, el cual se aplicó al inicio, a las 24 horas y las 48 horas. Se recopiló las principales características clínicas, bioquímicas y sociodemográficas. Se incluyó a pacientes si se clasificaron con una puntuación VExUS 2 o 3 y posteriormente se aleatorizaron en una proporción 1:1 a un grupo guiado por VExUS (los pacientes recibieron una dosis única de 25 g de albúmina al día durante dos días) o a un grupo con tratamiento estándar (según las recomendaciones de las guías para cada episodio de descompensación).

Resultados: Se incluyó a un total de 51 pacientes; 26 se asignaron al grupo de tratamiento guiado por VExUS, mientras que 24 recibieron tratamiento médico estándar. El género predominante fue el masculino en ambos grupos (52,4% y 51%), con una mediana de edad de 55 años en toda la muestra. La principal causa de la cirrosis fue MASLD (51% vs. 53%). En ambos grupos, el episodio de descompensación más común fue la LRA (52%), seguido por la PBE (27%) y la PGV (21%). Fallecieron cuatro de 26 pacientes en el grupo guiado por VExUS (15%) en comparación con 18 de 24 (75%) en el grupo que recibió infusión convencional de albúmina (RR 0,2; IC95%, 0,081-0,520; $p < 0,001$). Esta diferencia se mantuvo estadísticamente significativa después del análisis de regresión multivariada. En desenlaces secundarios, ocho de 26 pacientes del grupo guiado por VExUS desarrollaron insuficiencia respiratoria, en comparación con 16 de 24 en el grupo de tratamiento estándar (RR 0,4; IC95%, 0,243-0,877; $p < 0,001$), y más pacientes en el grupo estándar desarrollaron SHR-AKI (18 de 24 vs. 5 de 26) (RR 3,90; IC95%, 1,716-8,863; $p < 0,001$; NNT, 1,79). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de ACLF, hemorragia variceal, tiempo de hospitalización o resolución de PBE (Figura 1).

Conclusiones: En pacientes con cirrosis descompensada e indicación para el uso de albúmina intravenosa con sobrecarga intravascular demostrada mediante VExUS, una estrategia guiada por VExUS reveló una menor mortalidad durante la hospitalización, así como una menor incidencia de insuficiencia respiratoria y desarrollo de SHR-AKI.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Figura 1. Mortalidad durante la hospitalización en pacientes con VExUS 3 vs. VExUS 2 representada en riesgo relativo. (Lun219)



Lun220

CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA Y CUIDADORES PRIMARIOS

K. I. Rangel-Guzmán, A. Jiménez-Ávila, A. Kuri-Muñoz, F. Higuera-De-la-Tijera, S. Camacho-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los pacientes con enfermedad hepática (PEH) presentan síntomas relacionados con la misma enfermedad; sin embargo, la calidad de vida (CV) y la ansiedad/depresión (AD) pueden tener una influencia importante en el comportamiento de búsqueda de atención médica, además de ser una carga adicional para los cuidadores primarios (C-PEH). Aún no se han evaluado la CV y la AD en PEH y C-PEH de manera simultánea.

Objetivo: Evaluar la CV y la AD de pacientes referidos por primera vez a la clínica de hígado de un hospital de tercer nivel y en sus cuidadores primarios.

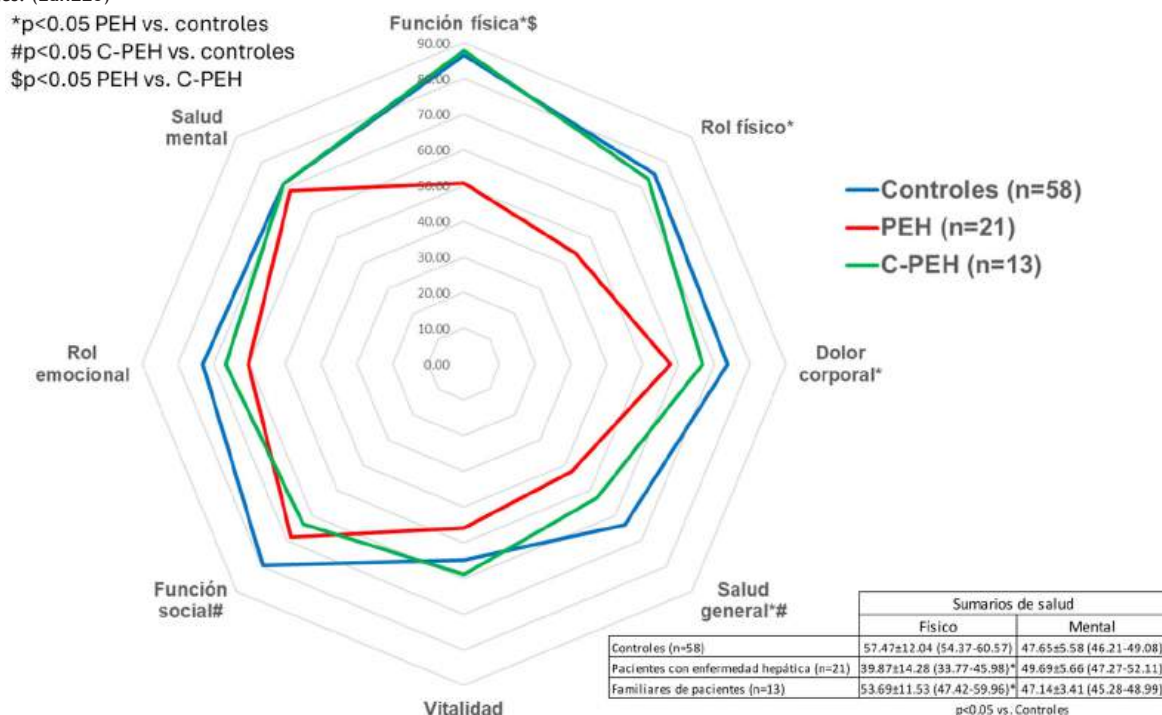
Material y métodos: Este estudio transversal y prospectivo durante junio y julio del 2025 estudió a 21 pacientes (58,24 ± 16,17 [51,32-65,15]; 47,62% de mujeres) referidos subsecuentemente a la clínica de hígado. Se evaluó el motivo de referencia, las comorbilidades vinculadas, la CV (cuestionario corto 36, SF-36) y la AD (cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria, HAD). De forma adicional se evaluaron la CV y la AD en 13 cuidadores primarios (53,56 ± 11,5 [46,04-61,07]; 92,3% de mujeres) de estos pacientes. Se comparó la CV con 58 controles (37 ± 17,64 [32,46-41,54]; 82,74% de mujeres). Los datos expresan la media ± DE e IC95% o porcentajes, mientras que las diferencias estadísticas se evalúan con la prueba t de Student no pareada o la prueba ji cuadrada, según correspondiera; alfa = 0,05.

Resultados: Los controles fueron más jóvenes comparados con los PEH ($p < 0,001$) y los C-PEH ($p = 0,008$), pero sin diferencia entre PEH y C-PEH (0,4394) y más mujeres comparadas con PEH (0,0061) y menos mujeres en comparación con C-PEH ($p < 0,001$), además de ser más mujeres en C-PEH vs. PEH ($p = 0,0081$). De los 21 pacientes, sólo 13 (61,9%) tenían cuidador primario; los demás no tuvieron quién cuidara de ellos. Los diagnósticos de envío de los PEH fueron enfermedad hepática crónica (43%), cirrosis (19%) y otros (29%). Treinta y tres por ciento de los pacientes tenía una comorbilidad, 28,547% ninguna, 19,05% dos y 19,05% tres (Figura 1). Los PEH tuvieron menor puntuación en función física, rol físico, dolor corporal y salud general respecto de los controles y menor función física con sus cuidadores primarios, mientras que los C-PEH tuvieron un deterioro comparado con controles en salud general y función social. Los PEH y C-PEH tuvieron menor calificación en el sumario físico, pero no en el sumario mental. No se demostraron diferencias entre PEH y CPHE en la puntuación total (22,29 ± 3,99 [20,58-23,99] vs. 21,33 ± 3,34 [19,44-23,22]; $p = 0,4905$), de ansiedad (13,33 ± 2,85 [12,11-14,55] vs. 12,83 ± 2,95 [11,16-14,5]; $p = 0,6356$) ni de depresión (8,95 ± 2,85 [7,73-10,17] vs. 8,5 ± 3,03 [6,79-10,21]; $p = 0,6713$), respectivamente.

Conclusiones: Estos resultados muestran que los PEH tienen disminuida la CV en dominios físicos, en tanto que los C-PEH tienen alteraciones en la salud general y la función social. Este primer acercamiento permite identificar alteraciones en la CV que podrían abordarse para implementar estrategias terapéuticas en una atención integral de los PEH.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Calidad de vida (SF-36) en pacientes con enfermedad hepática (PEH) referidos a la clínica de hígado comparados con sus cuidadores primarios (C-PEH) y controles. (Lun220)



Lun221

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA EN EL OCCIDENTE DE MÉXICO

J. A. Velarde-Ruiz Velasco, D. Lagos-Prieto, K. García-Ruiz, J. M. Aldana-Ledesma, E. S. García-Jiménez, E. C. Morel-Cerda, J. R. Barrientos-Avalos, J. A. Velarde-Chávez, D. K. Tapia-Calderón, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La cirrosis hepática descompensada y el síndrome de insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) constituyen etapas avanzadas de la enfermedad hepática con elevada mortalidad y se caracterizan por complicaciones como encefalopatía, ascitis e infecciones. En México, la información clínica y epidemiológica sobre esta población es limitada.

Objetivo: Describir el perfil clínico y bioquímico de pacientes con cirrosis hepática descompensada.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática descompensada ingresados en el servicio de gastroenterología en un hospital de tercer nivel, en el periodo comprendido entre diciembre de 2022 y mayo de 2025. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Se analizaron variables sociodemográficas, bioquímicas y clínicas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 300 pacientes con cirrosis hepática descompensada. La edad promedio fue de 56 ± 11,6 años, con predominio del sexo masculino (76,7%). Las principales causas de cirrosis fueron: alcohol (65,3%), MASLD (11,7%) e infección por VHC (6,7%). En cuanto a las escalas pronósticas, se observó un predominio de estadios avanzados de disfunción hepática. El 14,4% correspondió a pacientes con Child-Pugh A, 43,1% con Child-Pugh B y 42,5% con Child-Pugh C. La puntuación MELD presentó una mediana de 18 puntos (RIC, 13-26) y el MELD-Na una mediana de 21 (RIC, 14-28), lo que refuerza la presencia de compromiso hepático moderado a grave. El perfil bioquímico mostró hemoglobina de 9,7 g/dL (DE, 3,3), plaquetas de 97,7 (RIC, 69,8-161,4), leucocitos de 8,1 (RIC, 5,1-13,4), creatinina de 1,1 (RIC, 0,79-1,97), albúmina de 2,7 (RIC, 2,3-3,2), AST de 59 (RIC, 39-110), ALT de 33 (RIC, 21-57) e INR de 1,6 (RIC, 1,3-2,0). Las descompensaciones clínicas más frecuentes fueron encefalopatía hepática (21,6%), ascitis (17%) e infección (14,6%). Según fuera el fenotipo, el 50% mostró CDE, 18,7% CDI, 3,7% PRE-ACLF y 27,7% ACLF, distribuido en ACLF-G1 (8,7%), ACLF-G2 (9,3%) y ACLF-G3 (9,7%). La mortalidad global fue del 26,7% y

de acuerdo con el fenotipo: CDE 16,7%, CDI 16,13%, PRE-ACLF 45,5%, ACLF-G1 15,4%, ACLF-G2 60,7% y ACLF-G3 69%. Las principales causas de muerte fueron choque hipovolémico (35%), choque séptico de foco pulmonar (23,8%), insuficiencia respiratoria (13,8%) y encefalopatía hepática (10%) (Tabla 1).

Conclusiones: En este estudio se encontró una frecuencia elevada de compromiso hepatorenal y hematológico. Las descompensaciones más frecuentes fueron encefalopatía hepática, ascitis e infecciones, con una mortalidad global del 26,7%, y fue superior en ACLF de grado 3. Las principales causas de muerte fueron choque hipovolémico y choque séptico pulmonar. Esto enfatiza la importancia de un abordaje clínico oportuno, integral y multidisciplinario para optimizar los resultados y reducir la mortalidad en esta población vulnerable.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de pacientes con cirrosis descompensada. (Lun221)

Características	Pacientes con cirrosis descompensada (n = 300)
Edad (años), media (DE)	56 ± 11,6
Sexo (masculino), n (%)	230 (76,7)
Causas de la cirrosis, n (%)	
Alcohol	196 (65,3)
MASLD	35 (11,7)
Infección por VHC	20 (6,7)
Child-Pugh, n (%)	
Child-Pugh A	43 (14,3)
Child-Pugh B	120 (43)
Child-Pugh C	127 (42,3)
MELD, mediana (RIC)	18 (13-26)
MELD-Na, mediana (RIC)	21 (14-28)
Mortalidad, n (%)	80 (26,7)
CDE	25 (16,7)
CDI	9 (16,1)

PRE-ACLF	5 (45,5)
ACLF-G1	4 (15,4)
ACLF-2	17 (60,7)
ACLF-G3	20 (69)

*n, total de la muestra; %, porcentaje; DE, desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

Lun222

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR PORTOSINUSOIDAL ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Esesarte-Rodríguez, H. N. Tadeo-Espinoza, V. Venegas-Gómez, G. Rosales-Sotomayor, D. Nieblas-Beltrán, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad vascular portosinusoidal (EVPS) es una causa emergente de hipertensión portal en pacientes sin cirrosis. Su diagnóstico es un reto debido a la escasa especificidad de los signos y síntomas. En México, donde las enfermedades hepáticas son una causa relevante de mortalidad, la identificación oportuna podría tener implicaciones clínicas significativas.

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de enfermedad vascular portosinusoidal.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo realizado entre 2010 y 2024. Se incluyó a pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos propuestos por el consenso internacional de VALDIG 2019. Se excluyó a los pacientes con cirrosis hepática, biopsias hepáticas insuficientes y aquellos que fallecieron dentro de los primeros 90 días posteriores al diagnóstico. Se recolectaron datos clínicos, bioquímicos, imagenológicos y endoscópicos. Las variables cuantitativas se expresaron como medianas e intervalos intercuartílicos, y las variables cualitativas como frecuencias absolutas y porcentajes. Para comparar variables se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney, ji cuadrada y exacta de Fisher. El poder discriminativo de las variables cuantitativas utilizó análisis de la curva ROC y se determinó el punto de corte óptimo a través del índice de Youden. Se obtuvieron los riesgos mediante el cálculo de la razón de momios y se consideraron los valores de $p < 0,05$ como estadísticamente significativos.

Resultados: Se incluyó a un total de 57 pacientes con una mediana de edad de 39 años. El 49% de los pacientes tenía comorbilidades y las enfermedades autoinmunes fueron las más comunes. No obstante, el 38,6% no tenía comorbilidades adjuntas. Los estudios de imagen mostraron que el 54,5% tenía colaterales portosistémicas y el 25% trombosis portal. La mediana del volumen esplénico fue de 656 cc y el eje cefalocaudal esplénico de 15 cm (13-17,5). La elastografía mostró una rigidez hepática media de 7,5 kPa. En estudios endoscópicos, el 79,6% tuvo vórices esofágicas, el 22,4% vórices

gástricas y el 53,1% gastropatía portal. Durante el seguimiento, el 50% de los pacientes mostró descompensación clínica, en particular sangrado del tubo digestivo, y se observó que un volumen esplénico ≥ 574 cc se acompañó significativamente de mayor riesgo de descompensación (OR, 5,03; $p = 0,005$).

Conclusiones: La enfermedad vascular portosinusoidal es una entidad que puede presentarse con manifestaciones graves de hipertensión portal, en especial sangrado del tubo digestivo alto. Asimismo, a mayor volumen esplénico mayor riesgo de descompensación clínica.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun223

PROYECCIÓN DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO METABÓLICO Y CIRROSIS ASOCIADA EN MÉXICO PARA EL AÑO 2035, BASADO EN LAS ENCUESTAS ENSANUT 2000-2023

B. Muñoz-Zermeño, R. Contreras-Omaña, Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET)

Introducción: La enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD) se ha convertido en la principal causa de hepatopatía crónica a nivel mundial. En México, la prevalencia de obesidad en adultos (37,1 %) y de diabetes tipo 2 (18,4 %) sitúa al país en alto riesgo de un incremento sostenido de MASLD y sus complicaciones (cirrosis y carcinoma hepatocelular), mientras que las limitaciones socioeconómicas elevan de forma innecesaria los costos sanitarios y la carga sobre el sistema de salud.

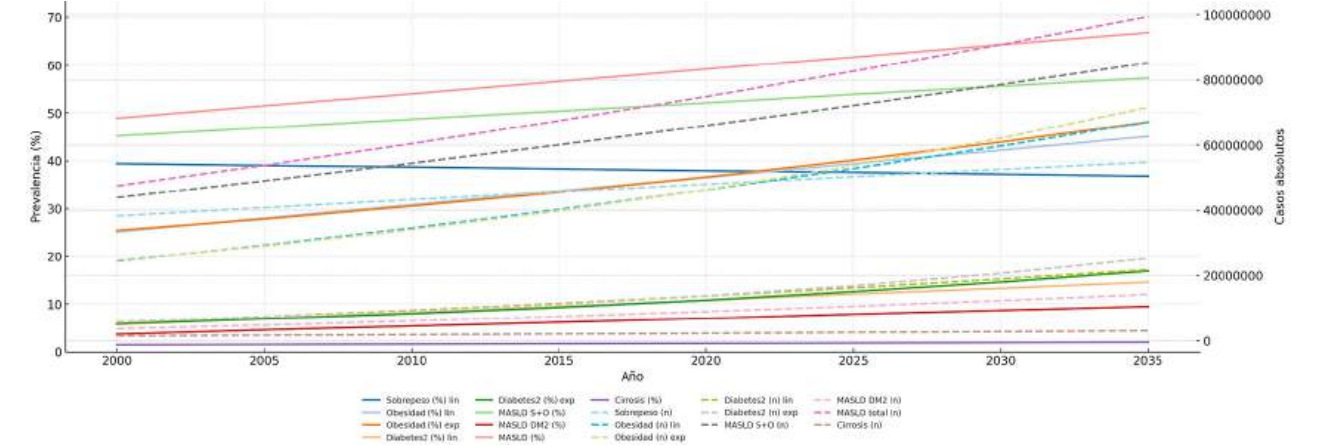
Objetivo: Calcular la prevalencia epidemiológica de hígado graso metabólico y cirrosis relacionada en México para el año 2035 al tomar como base las encuestas ENSANUT 2000-2023.

Material y métodos: Estudio ecológico y descriptivo basado en el análisis secundario de datos poblacionales de ENSANUT e INEGI (2000-2023). Se aplicaron modelos de regresión lineal y exponencial para proyectar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2, y con supuestos de prevalencia de MASLD (70% en sobrepeso y obesidad, y 65 % en diabetes tipo 2), además de la progresión de cirrosis relacionada (3% del total de la MASLD). Las proyecciones se realizaron cada cinco años hasta 2035.

Resultados: Con base en la prevalencia calculada de hígado graso metabólico del año 2000 de 47 481 130 casos (48,9%) y de su progresión de cirrosis relacionada de 1 424 434 casos (1,47%) en una población total de 97 059 905 mexicanos, se espera que su proyección aproximada para 2035 sea del doble, es decir, 99 362 816 casos (66,8%) y un aumento paralelo de 2 980 884 casos (2%) respectivamente en una población considerada de 148 675 322 mexicanos, tal y como se detalla en la Figura 1.

Conclusiones: Si se consideran el registro y el cálculo del aumento constante de las epidemias de sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2 infraestimadas, se proyecta un aumento absoluto de la carga de la MASLD para el año 2035 de 99 362 816 casos; se advierte un incremento del 17,9% comparado con el año 2000, lo que debe alarmar al sector de salud para considerarla dentro de las entidades metabólicas y crear programas de prevención, detección temprana

Figura 1. Proyección de la prevalencia de enfermedad esteatósica metabólica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) y cirrosis en México, 2000-2035. *Gráfica de elaboración propia. (Lun223)



y control de factores de riesgo desde el primer nivel de atención con fin de reducir su incidencia, la progresión a cirrosis hepática y las complicaciones adjuntas que reduzcan la calidad de vida.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Lun224

VALOR PRONÓSTICO DE LA CITOMETRÍA HEMÁTICA EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA

M. Coutiño-Flores, G. Bretón-Arroy, L. A. Robles-Casanova, J. I. Mazadiego-Cid, K. A. Sánchez-Pozos, A. Coutiño-Flores, M. R. Herrero-Maceda, S. M. I. Mejía-Loza, C. A. Córdova-Velázquez, Hospital Juárez de México

Introducción: La citometría hemática es un recurso disponible en todos los niveles de atención en México. Permite calcular algunos índices predictivos de mortalidad en pacientes críticos. Pocos estudios han evaluado su utilidad en pacientes con hepatitis alcohólica (HA).

Objetivo: Determinar la relación entre el índice neutrófilo-linfocito (INL), plaqueta-linfocito (IPL) e índice de inmunidad-inflamación sistémica (II-IS) con la mortalidad a 28 días, así como con el grado de falla hepática aguda sobre crónica (ACLF).

Material y métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo, observacional y descriptivo. Los pacientes cumplieron criterios de HA (consumo de alcohol > 40 g/día en mujeres y > 60 g/día en hombres, ictericia en las ocho semanas previas, AST > 50 UI/L, AST/ALT > 1,5 y < 400 UI/L, BT > 3 mg/dL). Se calcularon los valores absolutos de los diferentes índices: INL (índice neutrófilos/linfocitos), IPL (índice plaquetas/linfocitos) y el (II-IS) (neutrófilos × plaquetas/linfocitos). El análisis estadístico se realizó con el programa informático Jamovi. Los valores clínicos se compararon mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney. El análisis de asociación entre el INL, IPL, II-IS y la mortalidad a 28 días, así como los grados de la ACLF, se llevó a cabo mediante correlación punto-biserial. Se construyó una curva ROC con GraphPad Prism versión 10.2.3 y Microsoft Excel para establecer el punto de corte del INL y determinar la sensibilidad y especificidad del modelo para predecir la mortalidad a los 28 días.

Resultados: Se incluyó a 89 pacientes que ingresaron a esta unidad por HA: 86 (96%) hombres y 3 (4%) mujeres. El valor medio del INL en los pacientes que fallecieron en los primeros 28 días fue aproximadamente cuatro veces superior al de los pacientes que sobrevivieron en los primeros 28 días, 1,7 veces superior en el IPL y 4,6 veces superior en el II-IS ($p < 0,001$). Véase la **Tabla 1**. Se identificó un aumento gradual del INL en función de la gravedad según la puntuación CLIF-C de la ACLF. El valor de corte del índice neutrófilos-linfocitos fue > 12,9 (AUC 0,986), con un valor $p < 0,0001$, una sensibilidad del 92,7% y una especificidad del 94,1% (IC95%).

Conclusiones: Se confirma la relación entre valores elevados del INL, IPL y el II-IS con la mortalidad a los 28 días y la gravedad de la ACLF. Por lo tanto, una citometría hemática podría considerarse un recurso útil en la práctica clínica

para determinar el pronóstico de pacientes que cursen con esta enfermedad.

Financiamiento: No se recibió algún tipo de financiamiento para esta investigación.

Lun225

ASOCIACIÓN ENTRE SARCOPENIA Y MORTALIDAD A 28, 90 Y 180 DÍAS EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI

D. L. Granados-Espinosa, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica es una forma grave de cirrosis descompensada con una elevada mortalidad a los 28 días notificada en 26% en comparación con 5% en pacientes con cirrosis descompensada sin ACLF. La sarcopenia se refiere a la intolerancia al ejercicio y la reducción de la masa, fuerza y función muscular. Es un factor independiente para la presencia de infecciones, descompensación y muerte en los pacientes con cirrosis hepática. Se han propuesto diversos métodos de medición de la sarcopenia; sin embargo, su evaluación mediante imágenes transversales por TAC o RM es el método más valorado y objetivo. La definición de sarcopenia en pacientes con enfermedad hepática en poblaciones occidentales proviene de una cohorte multicéntrica de pacientes en lista de espera para trasplante de hígado, que propuso un valor de corte para el índice de músculo esquelético en L3 (L3-SMI) < 50 cm²/m² en hombres y < 39 cm²/m² en mujeres.

Objetivo: Evaluar la relación entre sarcopenia y mortalidad a 28, 90 y 180 días en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica.

Material y métodos: Participaron los pacientes con falla hepática aguda sobre crónica según los criterios de EASL hospitalizados en el servicio de gastroenterología del CMN Siglo XXI entre el 2019 y 2023, que contaran con tomografía abdominal realizada hasta tres meses antes de su internamiento para calcular el índice L3-SMI. Tipo de estudio: estudio observacional, retrospectivo y transversal. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio, diferencia de medias y desviación estándar. Estadística analítica: en el modelo multivariado se utilizó la regresión logística para las variables cuantitativas que tuvieran significancia estadística en el modelo univariado.

Resultados: Se identificó a 95 pacientes con media de edad de 53,19 años y el 60% (57) de los casos correspondió a mujeres. La mayoría se clasificó con un peso normal (36,84%), seguido por sobrepeso (33,68%) y obesidad (24,21%); el 51,58%, se categorizó con sarcopenia. En relación con el grado de ACLF se identificó que, al ingreso, 43,16% se clasificó como grado II; a los tres días de ingreso, el grado más frecuente (50,53%) fue el III y la mediana de AARC al ingreso fue de 10, la mediana de CLIF SOFA de 12 y la media de CLIF C de 54. Las

Tabla 1. Comparación de datos clínicos y escalas de gravedad entre sujetos sobrevivientes y no sobrevivientes a los 28 días. (Lun224)

Variable	Muerte < 28 días (n = 55)	Sobrevivientes > 28 días (n = 34)	p
Edad	45,7 ± 9,1	46,0 ± 12,3	0,909
Leucocitos (×10 ³ mm ³)	23,3 ± 8,3	11,7 ± 5,4	< 0,001
Plaquetas (×10 ³ uL)	154,0 (84,5, 239,0)	89,5 (56,0, 158,0)	0,008
TP (s)	23,6 (19,8, 28,3)	23,6 (18,3, 29,1)	0,233
BT (mg/dL)	24,1 ± 10,7	16,4 ± 10,0	0,001
AST (U/L)	153 (101, 206)	160 (104, 244)	0,346
ALT (U/L)	54,0 (39,5, 71,5)	60,0 (40,5, 91,3)	0,646
INR	2,15 (1,79, 2,52)	2,03 (1,54, 2,67)	< 0,001
Cr (mg/dL)	2,16 (1,46, 3,54)	1,16 (0,73, 2,30)	0,004
INL	30,5 (17,2, 32,1)	7,0 (5,0, 8,8)	< 0,001
Calificación EF CLIF-OF	56,1 ± 6,6	49,3 ± 8,9	< 0,001
Calificación Maddrey	79,2 (55,5, 98,2)	69,2 (40,5, 102,0)	0,111
Calificación MELD	35,3 ± 11,5	26,8 ± 9,3	< 0,001
Calificación MELD NA	36,1 ± 9,3	28,7 ± 8,8	< 0,001
IPL	153 (116, 293)	89,5 (51,3, 104)	< 0,001
II-IS	3269 (1870, 5357)	704 (365, 1102)	< 0,001

INL, índice neutrófilo-linfocito; IPL, índice plaqueta-linfocito; II-IS, índice de inmunidad-inflamación sistémica.

fallas renal y hepática fueron las más frecuentes (66,32% y 42,11%, respectivamente). Respecto de la escala de Child-Pugh, el 81,05% (77) se encontraba con grado C; las medias de las escalas MELD, MELD-Na y MELD-3.0 fueron de 30, 32, y 33, respectivamente. La mortalidad a los 28 días fue de 57,89%, a los 90 días de 75,79% y a los 180 días de 82,11% (Tabla 1). En los tres momentos, la mayoría de los pacientes que seguían vivos presentó grado I de ACLF al ingreso y a los tres días; por otro lado, no se identificó una diferencia estadísticamente significativa relacionada con la presencia de sarcopenia entre ambos grupos. Luego del análisis bivariado, las variables identificadas con relación

estadísticamente significativa fueron el IMC en sobrepeso y obesidad, el grado III de ACLF al ingreso, la ascitis y las escalas de Child-Pugh, MELD, MELD-Na y MELD-3.0. Posterior al análisis de regresión se identificó que la edad y la ascitis se vincularon con mayor riesgo de defunción a los 180 días.

Conclusiones: En este estudio no se encontró una relación entre la sarcopenia y la defunción a los 28, 90 o 180 días. Los factores vinculados con defunción a los 90 días fueron la edad y el grado III de ACLF al ingreso, mientras que los factores relacionados con defunción a los 180 días fueron la edad y la ascitis.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Tabla 1. Características de los pacientes con falla hepática aguda sobre crónica distribuidos por desenlace a los 28, 90 y 180 días. Hospital de Especialidades Siglo XXI (México, 2019-2025). (Lun225)

Variable	Total n = 95	Desenlace 28 días			Desenlace 90 días			Desenlace 180 días		
		Vivo n = 401	Defunción n = 551	p2	Vivo n = 231	Defunción n = 721	p2	Vivo n = 171	Defunción n = 781	p2
Edad	53,19 (± 11,81)	52 (42, 59)	55 (43, 63)	0,5	51 (46-57)	56 (42-63)	0,3	50 (41, 53)	56 (43, 63)	0,039
Sexo (%)*	57 (60 %)	17 (43%)	21 (38%)	0,7	11 (48%)	27 (38%)	0,4	8 (47%)	30 (38%)	0,5
Talla (m)**	1,6 (1,53-1,69)	1,61 (1,54-1,69)	1,6 (1,52-1,7)	> 0,9	1,62 (1,51-1,7)	1,6 (1,53-1,69)	0,7	1,63 (1,51-1,7)	1,6 (1,53-1,7)	0,9
Peso (kg)**	68 (58,2-77,95)	70 (60-82)	66 (56-78)	0,4	73 (58-84)	68 (58-76)	0,2	82 (58, 86)	68 (59, 75)	0,2
IMC				0,2			0,031			0,069
Bajo peso	5 (5,26%)	2 (5,0%)	3 (5,5%)		2 (8,7%)	3 (4,2%)		1 (5,9%)	4 (5,1%)	
Normal	35 (36,84%)	10 (25%)	25 (45%)		3 (13%)	32 (44%)		2 (12%)	33 (42%)	
Sobrepeso	32 (33,68%)	16 (40%)	16 (29%)		11 (48%)	21 (29%)		8 (47%)	24 (31%)	
Obesidad	23 (24,21%)	12 (30%)	11 (20%)		7 (30%)	16 (22%)		6 (35%)	17 (22%)	
Sarcopenia	49 (51,58%)	21 (53%)	25 (45%)	0,5	12 (52%)	34 (47%)	0,7	8 (47%)	38 (49%)	> 0,9
ACLF al ingreso				< 0,001			< 0,001			0,066
I	28 (29,47%)	19 (48%)	9 (16%)		14 (61%)	14 (19%)		9 (53%)	19 (24%)	
II	41 (43,16%)	17 (43%)	24 (44%)		7 (30%)	34 (47%)		6 (35%)	35 (45%)	
III	26 (27,37%)	4 (10%)	22 (40%)		2 (8,7%)	24 (33%)		2 (12%)	24 (31%)	
ACLF a los tres días				< 0,001			< 0,001			< 0001
I	20 (21,05%)	17 (43%)	3 (5,5%)		12 (52%)	8 (11%)		9 (53%)	11 (14%)	
II	20 (21,05%)	13 (33%)	7 (13%)		6 (26%)	14 (19%)		5 (29%)	15 (19%)	
III	48 (50,53%)	5 (13%)	43 (78%)		1 (4,3%)	47 (65%)		0 (0%)	48 (62%)	
Sin ACLF	7 (7,37%)	5 (13%)	2 (3,6%)		4 (17%)	3 (4,2%)		3 (18%)	4 (5,1%)	
Hipoalbuminemia (%)	87 (91,58%)	36 (90%)	51 (93%)	0,7	20 (87%)	67 (93%)	0,4	14 (82%)	73 (94%)	0,2
Ascitis (%)	73 (76,84%)	28 (70%)	45 (82%)	0,2	14 (61%)	59 (82%)	0,037	8 (47%)	65 (83%)	0,003
EH (%)	51 (53,68%)	18 (45%)	33 (60%)	0,15	11 (48%)	40 (56%)	0,5	7 (41%)	44 (56%)	0,3
HPH (%)	38 (40%)	15 (38%)	23 (42%)	0,7	8 (35%)	30 (42%)	0,6	5 (29%)	33 (42%)	0,3
Falla circulatoria (%)	30 (31,58%)	6 (15%)	24 (44%)	0,003	5 (22%)	25 (35%)	0,2	4 (24%)	26 (33%)	0,4
Falla respiratoria (%)	9 (9,47%)	0 (0%)	9 (16%)	0,009	0 (0%)	9 (13%)	0,11	0 (0%)	9 (12%)	0,4
Falla hematológica (%)	37 (38,95%)	12 (30%)	25 (45%)	0,13	4 (17%)	33 (46%)	0,015	3 (18%)	34 (44%)	0,047
Falla hepática (%)	40 (42,11%)	15 (38%)	25 (45%)	0,4	5 (22%)	35 (49%)	0,023	4 (24%)	36 (46%)	0,087
Falla renal (%)	63 (66,32%)	26 (65%)	37 (67%)	0,8	16 (70%)	47 (65%)	0,7	12 (71%)	51 (65%)	0,7
Falla neurológica (%)	31 (32,63%)	9 (23%)	22 (40%)	0,072	6 (26%)	25 (35%)	0,4	6 (35%)	25 (32%)	0,8
Child-Pugh				0,11			0,035			0,084
Child A	0	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
Child B	18 (18,95%)	11 (28%)	7 (13%)		8 (35%)	10 (14%)		6 (35%)	12 (15%)	
Child C	77 (81,05%)	29 (73%)	48 (87%)		15 (65%)	62 (86%)		11 (65%)	66 (85%)	
Escala MELD*	30,58 (± 6,91)	28 (23-34)	32 (28-37)	0,003	27 (21-29)	32 (28-36)	< 0,001	25 (21-28)	31 (28-36)	0,001
Escala MELD-Na*	32,55 (± 5,69)	30,5 (28-35)	34 (30-38)	0,007	29,0 (25-33)	34 (30-37,5)	0,002	29 (25-32)	33 (30-37)	0,011
Escala MELD-3.0*	33,74 (± 6,22)	31 (29-37)	35 (31-39)	0,014	30 (26, 32)	34 (31, 38)	0,002	30 (26-32)	34 (31-38)	0,006

*Media (desviación estándar).

**Mediana (RIQ).

¹Se expresa el porcentaje o el rango intercuartílico dependiendo del tipo de variable. ²Se aplicaron las pruebas de Wilcoxon, ji cuadrada de Pearson y exacta de Fisher de acuerdo con el tipo de variable.

EH, encefalopatía hepática; HPH, hipertensión portal hemorrágica; IMC, índice de masa corporal.

Fuente: elaboración propia con información recaba de expedientes clínicos del CMN SXXI.

Lun226

UTILIDAD PRONÓSTICA DEL ÍNDICE LACTATO/ALBÚMINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA

G. Bretón-Arroy, L. A. Robles-Casanova, M. Coutiño-Flores, M. R. Herrero-Maceda, E. I. Juárez-Veldés, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: La insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) se caracteriza por una descompensación aguda en pacientes con enfermedad hepática crónica previa, que se traduce en falla multiorgánica.

El índice lactato-albúmina (ILA) se ha propuesto como marcador pronóstico en pacientes críticos. El lactato es un marcador de hipoperfusión tisular y estrés metabólico, mientras que la albúmina es un indicador de la función hepática y del estado nutricional, además de tener propiedades antiinflamatorias y antioxidantes.

Su combinación puede ofrecer una visión integral del estado clínico, especialmente en el contexto de la disfunción hepática.

Objetivo: Determinar la utilidad pronóstica del ILA en pacientes con insuficiencia hepática aguda sobre crónica.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes con diagnóstico de ACLF, definidos por los criterios de la EASL-CLIF, atendidos en un hospital de tercer nivel entre febrero de 2022 y mayo de 2025. El ILA se calculó como el cociente entre lactato plasmático (mmol/L) y albúmina sérica (g/dL).

Para evaluar el desempeño diagnóstico del ILA se realizó una curva ROC con el propósito de identificar el punto de corte con mayor utilidad clínica. A partir de dicho punto se determinaron la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), así como la razón de verosimilitud positiva (LR+) y negativa (LR-). Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. Posteriormente se aplicó la prueba ji cuadrada de Pearson para analizar la relación entre el punto de corte del ILA y una puntuación CLIF-C-ACLF > 60 . Por último, se evaluó la utilidad pronóstica del ILA y su relación con la gravedad del cuadro clínico, representado por la puntuación CLIF-C-ACLF.

Resultados: Se incluyó a 130 pacientes, 104 (80%) de ellos hombres. La principal causa de la cirrosis fue el consumo crónico de alcohol en 108 casos (83,08%). Al momento de la evaluación, 67 pacientes (51,54%) presentaban ACLF de grado 3. El desencadenante más frecuente fue la infección de vías urinarias, identificada en 48 pacientes (36,92%).

Durante el seguimiento fallecieron 104 pacientes, de los cuales 74 (71,15%) lo hicieron dentro de los primeros 28 días. Asimismo, 33 (25%) presentaron una puntuación CLIF-C-ACLF > 60 .

Se identificó que un valor de ILA $> 1,43$ fue predictor de una puntuación CLIF-C-ACLF elevada (> 60 puntos), con una sensibilidad del 70%, especificidad del 57%, valor predictivo positivo (VPP) del 35% y un valor predictivo negativo (VPN) del 85%. La razón de verosimilitud positiva (LR+) fue de 1,63 y la negativa (LR-) de 0,53.

Entre los pacientes con ILA $> 1,43$ ($n = 65$), el 35% ($n = 23$) registró un CLIF-C-ACLF > 60 , en comparación con sólo el 15% ($n = 10$) entre aquéllos con ILA $< 1,43$ (Tabla 1). El análisis estadístico evidenció una relación significativa entre un ILA elevado y un CLIF-C-ACLF > 60 , con un valor de ji cuadrada de Pearson de 6,863 y un valor de $p = 0,009$.

Conclusiones: Un ILA $> 1,43$ se vincula de forma significativa con una calificación CLIF-C-ACLF > 60 en pacientes con ACLF. Un ILA $< 1,43$ demuestra buena capacidad para descartar enfermedad grave, con un valor predictivo negativo de 85%. Esto sugiere que el ILA puede utilizarse como herramienta de estratificación inicial en la evaluación clínica de estos pacientes con ACLF.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Lun226)

	CLIF-ACLF > 60	CLIF-ACLF < 60	Total
ILA $> 1,43$	23	42	65
ILA $< 1,43$	10	55	65
Total	33	97	130

Nota: el índice lactato-albúmina (ILA) $> 1,43$ se relacionó de forma significativa con una puntuación CLIF-C-ACLF > 60 ($p = 0,009$).

Lun227

TUMORES HEPÁTICOS PRIMARIOS MALIGNOS: REVISIÓN POST MORTEM RETROSPECTIVA DE 20 AÑOS, EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Mejía-Ramírez, F. Higuera-De-la-Tijera, G. Aristi-Urista, P. D. Guerrero-Ramírez, F. A. Pérez-Cárdenas, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los tumores primarios hepáticos representan un grupo heterogéneo de neoplasias originadas en el parénquima hepático y el carcinoma hepatocelular (CHC) es el subtipo más frecuente, seguido del colangiocarcinoma intrahepático y, en menor proporción, de los tumores hepáticos raros como el hepatoblastoma o los tumores hepáticos vasculares; éstos constituyen una causa relevante de morbilidad y mortalidad y su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, en estrecha relación con la prevalencia creciente de enfermedades hepáticas crónicas. No obstante, a pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, una proporción significativa de estos casos se detecta de manera incidental durante estudios *post mortem*.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los diferentes tumores hepáticos primarios malignos no metastásicos de hígado en necropsias realizadas entre 2003 y 2023 en un centro de tercer nivel de atención.

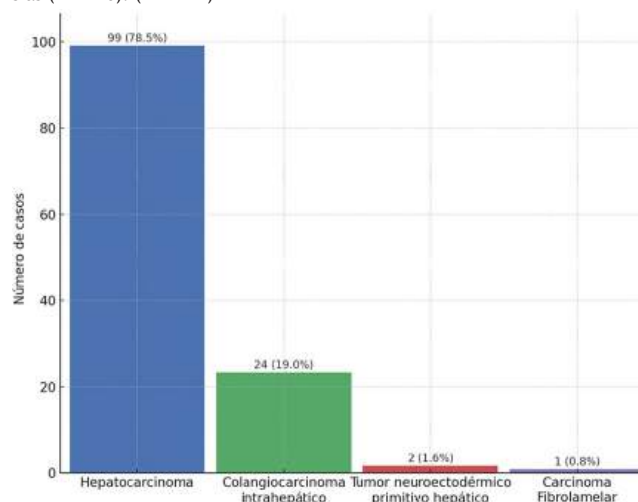
Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de necropsias realizadas en el servicio de patología de un centro de tercer nivel de atención en el periodo comprendido entre 2003 y 2023. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: Se llevó a cabo necropsia a 10 139 pacientes; 126 (1,24%) se clasificaron como tumores hepáticos primarios malignos, con media de 63 ± 12 años, 52 mujeres (41,3%) y 74 hombres (58,7%) y se distribuyeron de la siguiente manera: hepatocarcinoma con 99 (78,5%), 63 ± 12 años, 39 mujeres (38,6%) y 60 hombres (59,4%), 38 (37,6%) con metástasis, sobre todo en pulmón seguido de ganglios linfáticos y sólo el 9% sin relación con cirrosis; colangiocarcinoma intrahepático con 24 (19%), 65 ± 14 años, 12 hombres (50%), 12 mujeres (50%), 70,8% con metástasis pulmonares y 47,8% sin relación con cirrosis; tumor neuroectodérmico primitivo hepático con 2 (1,59%), $54 \pm 5,6$ años, con metástasis pleurales y pulmonares; carcinoma fibrolamelar con 1 (0,79%), 24 años y metástasis en ganglios linfáticos (Figura 1).

Conclusiones: Aunque poco frecuentes, los tumores hepáticos primarios malignos poseen patrones distintos según sea el subtipo. La hepatocarcinoma se vincula sólidamente con enfermedad hepática crónica avanzada. En contraste, el colangiocarcinoma muestra menor relación con cirrosis; sin embargo, un alto porcentaje de los casos ya cursaba con enfermedad metastásica al momento del diagnóstico.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Distribución de tumores hepáticos primarios malignos en necropsias ($n = 126$). (Lun227)



Lun228

DETERMINACIÓN DE PUNTOS DE CORTE DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DEL TEJIDO CONECTIVO PARA LA FIBROSIS HEPÁTICA EN COLESTASIS

J. Mejía-Ramírez, F. Higuera-De-la-Tijera, C. Y. Sánchez-Sánchez, D. F. Abendaño-Rivera, V. López-Ladrón de Guevara, M. A. Díaz-Castro, C. Guzmán-Arriaga, A. D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

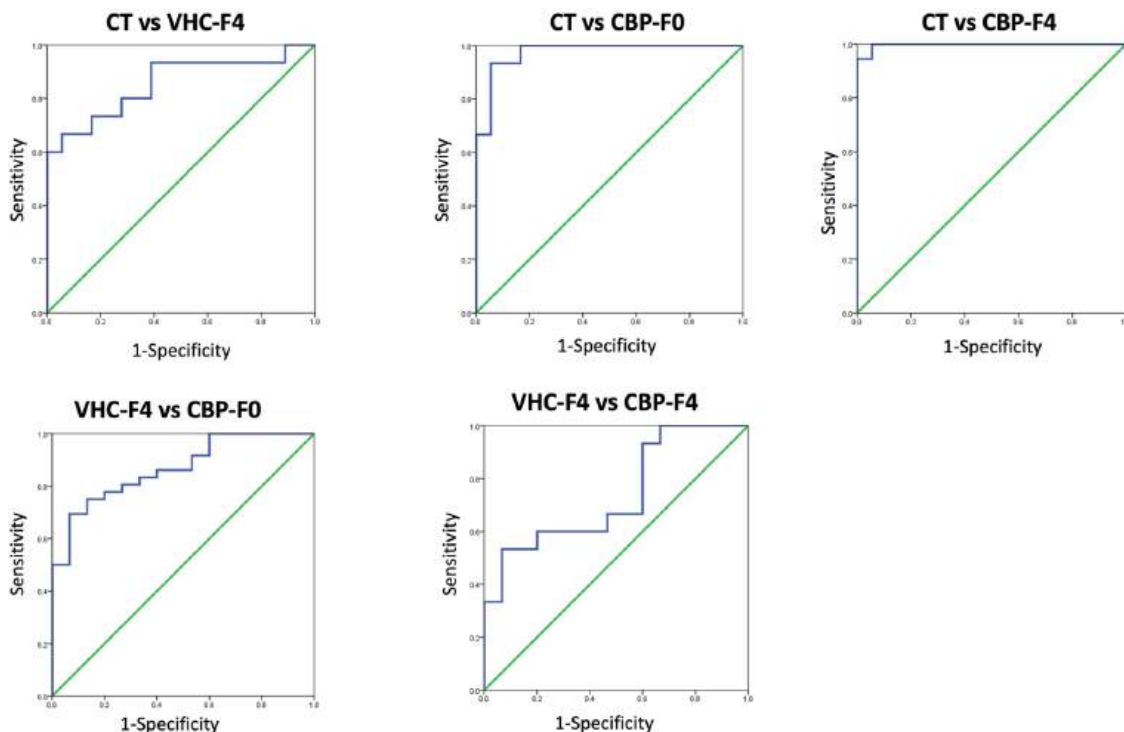
Introducción: La fibrosis hepática en enfermedades colestásicas representa un reto diagnóstico relevante, dada su progresión silenciosa y su efecto clínico. El factor de crecimiento del tejido conectivo (CTGF) es una proteína que interviene en mecanismos de fibrogénesis, con creciente interés como biomarcador no invasivo. Su expresión se relaciona con la activación de células estrelladas hepáticas y el depósito de matriz extracelular. En este contexto, la evaluación de las concentraciones séricas de CTGF y la identificación de puntos de corte precisos podrían contribuir a una mejor estratificación de la fibrosis en pacientes con colestasis y optimizar su abordaje clínico.

Objetivo: Establecer la correlación entre el punto de corte de los valores séricos del CTGF mediante ELISA y el grado de fibrosis hepática determinada con elastografía de transición en pacientes con colestasis diagnosticados con colangitis biliar primaria (CBP).

Material y métodos: Estudio prolectivo, descriptivo y analítico que incluyó a pacientes con colestasis, individuos con cirrosis por hepatitis C y un grupo control. Se cuantificaron en sangre los valores séricos de CTGF. El grado de fibrosis se determinó mediante elastografía de transición. Análisis estadístico: se calculó el área bajo la curva ROC (AUROC) y se obtuvo el punto de corte con el índice de Youden para obtener sensibilidad (S) y especificidad (E), entre CT y VHC-F4, CT y CBP-F0, CT y CBP-F4, y VHC-F4 y CBP-F4.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes con CBP, 15 VHC y 18 controles. El AUROC para VHC-F4 vs. CT fue de 0,856 (IC95%, 0,718-0,994; $p < 0,001$), $cutoff = 592,9$, $S = 66,7\%$, $E = 94,4\%$; para CT vs. CBP-F0 el AUROC fue de 0,974 (IC95%, 0,929-1,0; $p < 0,001$), $cutoff = 596,18$, $S = 93,3\%$, $E = 94,4\%$; para CT vs. CBP-F4 el AUROC fue de 0,997 (IC95%, 0,989-1,0; $p < 0,001$), $S = 100$, $E = 94,4\%$; para VHC-F4 vs. CBP-F0 el AUROC fue de 0,857 (IC95%, 0,769-0,956; $p < 0,001$), $cutoff = 1284,7$, $S = 69,4\%$, $E = 93,3\%$; y para VHC-F4 vs. CBP-F4 el AUROC fue de 0,738 (IC95%, 0,557-0,918; $p = 0,026$), $cutoff = 1288,6$, $S = 53,3\%$, $E = 93,3\%$ (Figura 1).

Figura 1. CTGF: puntos de corte en la fibrosis hepática. (Lun228)



Conclusiones: Existe relación directa entre las concentraciones séricas de CTGF de pacientes con fibrosis y puntos de corte específicos de discriminación para los diferentes grupos.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Lun229

FACTORES ASOCIADOS A TROMBOSIS PORTAL EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA

F. Y. Vargas-Durán, R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, F. X. Balarezo-Arias, N. F. Córdova-Valenzuela, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La trombosis portal en pacientes con hepatocarcinoma conlleva implicaciones clínicas relevantes: empeora el pronóstico, limita las opciones terapéuticas potencialmente curativas como la resección quirúrgica o el trasplante hepático, y puede acompañarse de un mayor riesgo de sangrado variceal y deterioro de la función hepática.

Objetivo: Contribuir al entendimiento de esta complicación mediante la caracterización de variables clínicas, bioquímicas y funcionales hepáticas en una cohorte de pacientes con HCC.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de HCC entre enero de 2020 y marzo de 2024. La presencia de trombosis portal se documentó mediante estudios de imagen contrastados (tomografía o resonancia magnética). Se recolectaron variables clínicas (edad, sexo, índice de masa corporal), bioquímicas (albúmina sérica, INR, bilirrubina total, GGT, alfa-fetoproteína), y de clasificación funcional hepática (Child-Pugh), así como estadio tumoral mediante clasificación BCLC. Las variables continuas se analizaron mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Las categóricas se analizaron con tablas de contingencia y las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher.

Resultados: Se analizó a 41 pacientes con diagnóstico confirmado de HCC; el 17,1% ($n = 7$) presentó trombosis portal. En el grupo con trombosis, los valores promedio de albúmina fueron menores (3,17 g/dL) en comparación con el grupo sin trombosis (3,46 g/dL), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,698$). El INR fue más elevado en los pacientes

Tabla 1. Resultados. (Lun229)			
Variable/aspecto	Con trombosis portal (n = 7)	Sin trombosis portal (n = 34)	Resultado
Edad media	62,4 años (DE ± 7,8)	62,4 años (DE ± 7,8)	Sin diferencia significativa
Prevalencia de trombosis portal	7,1% (7 pacientes)	-	-
Albúmina sérica	3,17 g/dL	3,46 g/dL	Menor en paciente con trombosis (p = 0,698, no estadísticamente significativa)
INR	1,36	1,14	Mayor en pacientes con trombosis (p = 0,267, tendencia no significativa)
AFP (alfa-fetoproteína)	144,8 ng/mL	275,5 ng/mL	Menor en pacientes con trombosis (p = 0,994, no significativa)
GGT (Gammaglutamil transpeptidasa)	162,3 U/L	66,4 U/L	Sin diferencia significativa (p = 0,776)
Clasificación Child-Pugh	A: 3, B: 4, C: 0	A: 28, B: 28, C: 6	Sin casos en C en con trombosis; distribuciones similares en A y B
Estadio BCLC	BCLC B (5 casos)	Diversos, incluidos estadios más avanzados	La mayoría con trombosis en estadio BCLC B; ningún caso en C o D

con trombosis (1,36 vs. 1,14; p = 0,267), lo que sugiere una tendencia hacia mayor disregulación hemostática. En la clasificación Child-Pugh, los pacientes con trombosis se distribuyeron en clases A (n = 3) y B (n = 4), sin casos en clase C. La distribución según BCLC mostró que la mayoría de los casos con trombosis se concentró en estadio BCLC 2 (n = 5), y no se identificaron casos en estadios avanzados (BCLC 3 o 4) (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio demuestra que la tendencia a menor albúmina e INR más elevado en el grupo con trombosis podría reflejar un estado inflamatorio-desnutrido y una alteración de la síntesis hepática que favorece el desarrollo de episodios tromboticos. La ausencia de casos con trombosis en estadios BCLC 3 y 4 sugiere que esta complicación no necesariamente refleja una progresión tumoral avanzada, sino un fenómeno multifactorial en el que intervienen parámetros funcionales, inmunológicos y hemodinámicos. Se recomienda realizar estudios prospectivos con mayor tamaño de muestra y análisis multivariado para validar estos resultados y diseñar modelos predictivos que puedan utilizarse en la práctica clínica para optimizar el tratamiento de estos pacientes.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun230

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, PARACLÍNICAS Y ABORDAJE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN PACIENTES JÓVENES CON ABSCESO HEPÁTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Y. Vargas-Durán, D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, F. A. Bello-Martínez, P. D. Guerrero-Ramírez, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El absceso hepático es una infección grave con morbilidad y mortalidad considerables. Por lo regular se relacionó con amebiasis o complicaciones biliares en pacientes mayores. Sin embargo, el perfil epidemiológico ha cambiado y se observa una creciente incidencia en pacientes menores de 40 años, quienes a menudo carecen de los factores de riesgo convencionales.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, clínicas y paraclínicas que presentaron pacientes jóvenes (menores de 40 años) con absceso hepático

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de corte transversal de 40 pacientes menores de 40 años con absceso hepático. Los datos se obtuvieron a partir de la revisión de expedientes clínicos. El estudio se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México, con pacientes atendidos entre marzo de 2020 y junio de 2025. Las variables analizadas incluyeron datos sociodemográficos, comorbilidades, alteraciones de la vía biliar, antecedentes infecciosos, consumo de alcohol y cannabis, diagnóstico de cirrosis o enfermedad hepática crónica. También se consideraron los síntomas al momento del diagnóstico (como ictericia, fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal), hallazgos en estudios de imagen, tipo de tratamiento recibido (antibioticoterapia, drenaje por radiointervención

o quirúrgico). Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Resultados: El 86,1% de los pacientes correspondió al sexo masculino. La mayoría de los pacientes refirió antecedente de alimentación en vía pública (88,9%). Los factores como sobrepeso/obesidad (69,4%) y etilismo (66,7%) fueron altamente prevalentes en esta población. La diabetes (22,2%) estuvo presente en una quinta parte de los pacientes. El 33,3% tenía antecedentes de intervenciones abdominales previas, las más comunes de las cuales fueron colecistectomía y apendicectomía. El consumo de cannabis estuvo presente en 30,6% de los pacientes. La inmunodeficiencia documentada fue rara en esta muestra. La gran mayoría de los pacientes (91,7%) requirió drenaje del absceso, mientras que el resto se trató con antibioticoterapia sistémica, lo que resalta la necesidad de una intervención activa en la atención de estos casos. Un 22,2% de los pacientes requirió reposicionamiento de drenaje, lo que indica la complejidad del tratamiento y la necesidad de seguimiento de estos procedimientos. La duración promedio del tratamiento antibiótico se aproximó a dos semanas (intrahospitalario y extrahospitalario), y la duración del drenaje fue similar. La estancia hospitalaria promedio es de alrededor de 20 días (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio revela un perfil demográfico predominantemente masculino y que la alimentación en vía pública, sobrepeso/obesidad y etilismo son muy prevalentes en esta población estudiada. La mayoría requiere

Tabla 1. Resultados (Lun230)			
Síntoma principal	Frecuencia	Tamaño del absceso	
Dolor abdominal	47,2%	Media (CC)	297,8 CC
Fiebre	44,4%	Mediana (CC)	210,0 CC
Ictericia	5,6%	Mínimo (CC)	19,0 CC
Vómito	2,8%	Comorbilidad/exposición	
Etiología/cultivo	Frecuencia	Alimentación en vía pública	88,9%
		Sobrepeso/obesidad	69,4%
		Etilismo	66,7%
		Dislipidemia	38,9%
<i>Escherichia coli</i>	11,1%	Intervención abdominal previa	33,3%
Método diagnóstico	Frecuencia	Consumo de cannabis	30,6%
		Diabetes	22,2%
		Terapéutica	Promedio
		Días de antibiótico	15,06
Resonancia magnética	2,8%	Días de drenaje	14,15
		Días de hospitalización	20,31

drenaje y la estancia hospitalaria es prolongada. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar estas características emergentes y mantener una alta sospecha clínica en pacientes jóvenes con absceso hepático a fin de optimizar la sospecha clínica y el tratamiento temprano de la enfermedad

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun231

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ABORDAJE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, R. C. Baltazar-Contreras, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El colangiocarcinoma (CCA) es una neoplasia hepática primaria poco común pero muy agresiva, originada en el epitelio de los conductos biliares. Es la segunda en frecuencia tras el hepatocarcinoma. Su incidencia ha aumentado en los últimos años y suele diagnosticarse en etapas avanzadas, lo que limita las opciones terapéuticas curativas. Ante este panorama es fundamental conocer sus manifestaciones clínicas, factores de riesgo y estrategias terapéuticas para mejorar su detección temprana y atención clínica.

Objetivo: Describir las características demográficas y clínicas, el enfoque diagnóstico, tratamiento y evolución de pacientes con CCA atendidos en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en 30 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de CCA (clínico-radiológico o histológico), atendidos entre enero de 2020 y diciembre de 2024. Se recopilaron variables sociodemográficas, antecedentes (colangitis esclerosante primaria, consumo de alcohol y tabaco, enfermedad hepática crónica), síntomas al diagnóstico (ictericia, prurito, pérdida de peso, dolor abdominal), hallazgos imagenológicos, estadio tumoral, tipo de tratamiento y supervivencia. Se usó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las categóricas.

Resultados: Se analizaron 30 casos. El subtipo más frecuente fue el CCA perihiliar (46,7%), seguido del intrahepático (36,7%) y el distal extrahepático (16,7%). La edad media fue de 66 años (DE $\pm$ 9,1), con predominio masculino (63,3%). Los síntomas más frecuentes fueron ictericia (73,3%), dolor abdominal (56,7%) y pérdida de peso (50%). Un 26,7% presentaba enfermedad hepática crónica y un 13% tenía antecedente de colangitis esclerosante primaria. El 60% fumaba y el 40% consumía alcohol habitualmente. En cuanto al diagnóstico, el 93,3% se inició con ecografía abdominal, 83,3% con tomografía, 70% con colangiografía, y 56,7% se sometió a CPRE. El marcador tumoral CA 19-9 estuvo elevado en el 80% de los pacientes. Sólo 7 (23,3%) fueron elegibles para cirugía con intención curativa. El 56,7% recibió quimioterapia paliativa (cisplatino + gemcitabina), el 43,3% requirió drenaje biliar (38% endoscópico y 62% por radiología intervencionista) y un 20% recibió únicamente cuidados paliativos. La supervivencia fue del 43% a los 12 meses y 20% a los 24 meses (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio evidencia que la mayoría de los pacientes con CCA se diagnostica en etapas avanzadas, lo cual limita las posibilidades de resección quirúrgica. Se identifican antecedentes relevantes como el consumo de tabaco y alcohol y alteraciones hepáticas subyacentes. La ictericia, dolor abdominal y pérdida de peso son signos clínicos clave. Pese al uso frecuente de estudios de imagen avanzados, la tasa de cirugía curativa es aún baja. Se refuerza la necesidad de mejorar la detección temprana, promover un abordaje multidisciplinario y optimizar el tratamiento en centros especializados para mejorar la sobrevida.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Tabla 1. Caracterización de pacientes con colangiocarcinoma. (Lun231)

Hallazgos clínicos y paraclínicos	Frecuencia/porcentaje
Total de pacientes	30 pacientes
Tipo más frecuente	Perihiliar n = 7 (46,7%)
Edad promedio	66 años
Sexo masculino	n = 19 (63,3%)

Ictericia	n = 22 (73,3%)
Dolor abdominal	n = 17 (56,7%)
Pérdida de peso	n = 15 (50%)
Colangitis esclerosante primaria	n = 4 (13%)
Enfermedad hepática crónica	n = 8 (26,7%)
Tabaquismo	n = 18 (60%)
Consumo de alcohol	n = 12 (40%)
Ecografía como estudio inicial	n = 7 (93,3%)
Tomografía computarizada	n = 25 (83,3%)
Colangiografía	n = 21 (70%)
CPRE realizada	n = 17 (56,7%)
CA 19-9 elevado	n = 24 (80%)
Elegibles para cirugía curativa	n = 7 (23,3%)
Quimioterapia (cisplatino + gemcitabina)	n = 17 (56,7%)
Drenaje biliar (endoscópico/radiología)	n = 11 (38%), n = 19 (62%)
Sólo cuidados paliativos	n = 6 (20%)
Supervivencia a 12 meses	n = 13 (43%)
Supervivencia a 24 meses	n = 6 (20%)

Lun232

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA MEDIANTE EL CUESTIONARIO PBC-27 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, M. F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica que altera significativamente la calidad de vida de los pacientes debido a síntomas persistentes como fatiga, prurito, alteraciones emocionales y cognitivas. Evaluar estos aspectos permite comprender mejor el efecto de la enfermedad y orientar estrategias terapéuticas centradas en el paciente.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en pacientes con CBP mediante el cuestionario validado PBC-27 y describir las puntuaciones de los dominios más afectados en esta población.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo en una cohorte de 50 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de CBP, quienes fueron atendidos en un hospital de tercer nivel entre marzo y mayo 2025. Las variables analizadas incluyeron sociodemográficas como edad, sexo, comorbilidades, tiempo de evolución y las puntuaciones en los diferentes dominios del cuestionario PBC-27. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

Resultados: Se incluyó a un total de 50 pacientes con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria (CBP), a quienes se aplicó el cuestionario PBC-27 para la evaluación de su calidad de vida. La puntuación total promedio fue de 77,1 $\pm$ 4,2, con valores que oscilaron entre 68,5 y 86,2 puntos. En el análisis por dominios se observó que los síntomas referidos con más frecuencia y con mayores efectos fueron los relacionados con la fatiga, con una media de 22,6 $\pm$ 3,2 puntos, seguidos por síntomas generales (16,8 $\pm$ 2,9), prurito (10,3 $\pm$ 2,1) y problemas cognitivos (8,9 $\pm$ 1,8). Los síntomas de tipo emocional presentaron también una afectación considerable, con una media de 8,7 $\pm$ 2,0. Los dominios de boca y ojos secos mostraron menor afectación en comparación con los demás, con puntuaciones medias de 5,3 $\pm$ 1,7 y 5,1 $\pm$ 1,5, respectivamente (Tabla 1).

Conclusiones: Evaluar la calidad de vida en CBP es esencial para ofrecer un enfoque terapéutico integral. Los síntomas subjetivos deben vigilarse de forma sistemática y no deben subestimarse en el seguimiento clínico. Estos hallazgos reflejan una afectación multidimensional de la calidad de vida en

los pacientes con CBP, en quienes los síntomas físicos y neurocognitivos parecen tener un peso considerable en la percepción general del bienestar. **Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Tabla 1. Puntuaciones promedio por dominio en el cuestionario de calidad de vida PBC-27 en pacientes con CBP. (Lun232)	
Hallazgos de resultados por dominio evaluado	Valor promedio
Número total de pacientes	50 pacientes
Puntuación total promedio (PBC-27)	77,1 ± 4,2 (intervalo, 68,5-86,2)
Fatiga	22,6 ± 3,2
Síntomas generales	16,8 ± 2,9
Prurito	10,3 ± 2,1
Problemas cognitivos	8,9 ± 1,8
Síntomas emocionales	8,7 ± 2,0
Boca seca	5,3 ± 1,7
Ojos secos	5,1 ± 1,5

Lun233

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS PRESENTES EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA CON RESPUESTA BIOQUÍMICA DESFAVORABLE AL ÁCIDO URSODESOXICÓLICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El ácido ursodesoxicólico (UDCA) constituye el tratamiento estándar para la colangitis biliar primaria (CBP) y logra en la mayoría de los pacientes una mejora en los parámetros bioquímicos hepáticos. Sin embargo, cerca de un tercio no alcanza una respuesta adecuada, lo cual se ha relacionado con una mayor progresión hacia cirrosis y complicaciones. Identificar las características clínicas y bioquímicas vinculadas con una respuesta desfavorable permitiría optimizar el abordaje terapéutico y estratificar el riesgo desde etapas tempranas.

Objetivo: Identificar los factores clínicos, demográficos y bioquímicos relacionados con una respuesta bioquímica desfavorable al tratamiento con UDCA en pacientes con CBP.

Material y métodos: Se realizó un estudio analítico, observacional, de tipo casos y controles, retrospectivo y de corte longitudinal. Se incluyó a 73 pacientes con diagnóstico confirmado de CBP de acuerdo con los criterios clínico-serológicos, tratados con UDCA ≥ 12 meses, atendidos en un hospital de tercer nivel entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Los casos se definieron como pacientes no respondedores al UDCA según criterios de París II, Barcelona y Globe, mientras que los controles fueron respondedores respecto de las mismas escalas. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico, bilirrubina total, fosfatasa alcalina (FA), transaminasas (ALT, AST), albúmina, plaquetas, índice de masa corporal (IMC), fibrosis hepática (elastografía), positividad de anticuerpos (AMA, SP100, GP210) y comorbilidades metabólicas. El análisis estadístico se efectuó con medidas de tendencia central y dispersión, frecuencia absoluta y relativa. La comparación entre grupos se realizó con la prueba t de Student t con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 73 pacientes con CBP, de los cuales el 52% ($n = 38$) se clasificó como no respondedores a UDCA. La mediana de edad de los no respondedores fue de 55 años $\pm 9,2$ frente a 51 años $\pm 8,5$ en respondedores ($p = 0,04$). No se observaron diferencias significativas en cuanto a sexo, IMC, AST, ALT ni presencia de comorbilidades. Los pacientes no respondedores presentaron valores promedio más elevados de bilirrubina total (2,3 vs. 0,9 mg/dL, $p < 0,01$) y fosfatasa alcalina (361 vs. 240 U/L, $p < 0,01$) al inicio del tratamiento. La fibrosis hepática por elastografía fue más frecuente en este grupo (47% vs. 21%, $p = 0,01$). Además, el 38% de los no respondedores fue

positivo a alguno de los anticuerpos específicos, frente al 22% en el grupo de respondedores ($p = 0,05$) (Tabla 1).

Conclusiones: Aproximadamente la mitad de los pacientes con CBP tratados con UDCA no logró una respuesta bioquímica adecuada en este estudio. Los factores vinculados con una respuesta desfavorable incluyeron mayor edad, cifras elevadas de bilirrubina total y FA al inicio del tratamiento, fibrosis hepática por elastografía y presencia de autoanticuerpos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias individualizadas de seguimiento y tratamiento alternativo en pacientes con factores de mal pronóstico bioquímico desde el diagnóstico.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Tabla 1. Hallazgos clínicos y bioquímicos de respondedores y no respondedores a UDCA. (Lun233)			
Variable	No respondedores (n = 38)	Respondedores (n = 35)	Valor p
Edad media (años)	55 ± 9,2	51 ± 8,5	0,04
Bilirrubina total (mg/dL)	2,3	0,9	< 0,01
Fosfatasa alcalina (U/L)	361	240	< 0,01
Fibrosis hepática (elastografía)	n = 18 (47%)	n = 7 (21%)	0,01
Anticuerpos positivos	n = 14 (38%)	n = 8 (22%)	0,05
Sexo femenino	84%	86%	0,78
IMC (kg/m²)	26,7 ± 4,3	25,9 ± 3,8	0,43
AST (U/L)	56 ± 12	54 ± 11	0,50
ALT (U/L)	49 ± 10	46 ± 9	0,28

Lun234

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA QUE DESARROLLARON DESCOMPENSACIÓN HEPÁTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune crónica que puede progresar a cirrosis y descompensación hepática. Existen pocos estudios centrados específicamente en el subgrupo de pacientes con CBP que desarrollan episodios de descompensación, lo cual limita la identificación temprana de factores de riesgo y oportunidades de intervención clínica.

Objetivo: Describir el perfil demográfico, clínico y bioquímico de pacientes con CBP que desarrollaron descompensación hepática, así como su frecuencia.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de corte transversal que incluyó a una cohorte de 20 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de CBP según criterios clínico-serológicos quienes desarrollaron descompensación hepática atendidos en un hospital de tercer nivel entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, IMC, concentraciones de albúmina, bilirrubina total, INR, plaquetas, comorbilidades, síntomas frecuentes y tipo de descompensación hepática desarrollada. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

Resultados: Se incluyó a 20 pacientes con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria (CBP) y al menos un episodio de descompensación hepática. La media de edad fue de 61 ± 9 años y el 75% correspondió a mujeres. El IMC promedio fue de 26,8 ± 4,2 kg/m². Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (45%) y enfermedad tiroidea (30%). Un 40% tenía una enfermedad autoinmune adjunta. Los tipos de descompensación más

frecuentes fueron ascitis (50%), encefalopatía hepática (20%), hemorragia digestiva por hipertensión portal (15%) e ictericia grave (15%). En cuanto a los parámetros bioquímicos, la albúmina promedio fue de $2,9 \pm 0,4$ g/dL, la bilirrubina total de $3,8 \pm 1,5$ mg/dL, INR de $1,4 \pm 0,2$, y el conteo plaquetario de 145 ± 40 mil/mm³. El sodio plasmático medio fue de 132 ± 5 mEq/L y la creatinina sérica de $1,2 \pm 0,4$ mg/dL (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio destaca que los pacientes con CBP que desarrollan descompensación hepática sufren alteraciones bioquímicas significativas, incluidas hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia y coagulopatía leve. La descompensación más común fue la ascitis, seguida por encefalopatía y hemorragia digestiva. Un alto porcentaje de estos pacientes tenía comorbilidades autoinmunes y cardiovasculares, lo que sugiere la necesidad de un enfoque integral en su seguimiento. Estos hallazgos resaltan la importancia de una vigilancia estrecha de los marcadores de función hepática en pacientes con CBP, incluso en etapas aparentemente compensadas.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Tabla 1. Hallazgos clínicos y bioquímicos en pacientes con diagnóstico de CBP que desarrollaron descompensación hepática. (Lun234)	
Hallazgo clínico o bioquímico	Frecuencia/porcentaje
Hipoalbuminemia (media albúmina)	$2,9 \pm 0,4$ g/Dl
Hiperbilirrubinemia (media bilirrubina total)	$3,8 \pm 1,5$ mg/dL
Coagulopatía leve (media INR)	$1,4 \pm 0,2$
Descompensación hepática: ascitis	n = 10 (50%)
Descompensación hepática: encefalopatía	n = 4 (20%)
Descompensación hepática: hemorragia digestiva	n = 3 (15%)
Comorbilidades autoinmunes	n = 8 (40%)
Comorbilidades cardiovasculares (HTA/DM2)	n = 11 (55%)

Lun235

EVALUACIÓN DEL DETERIORO NEUROCOGNITIVO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA MEDIANTE EL TEST *MINI-MENTAL STATE EXAMINATION* EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Galván-Toledo, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica que, además de sus manifestaciones hepáticas, puede afectar el funcionamiento cognitivo. Diversos estudios sugieren la presencia de síntomas neuropsiquiátricos, incluidos deterioro cognitivo, aun en ausencia de encefalopatía hepática evidente. El deterioro cognitivo leve puede pasar inadvertido en pacientes con CBP e interferir con la adherencia al tratamiento, la funcionalidad y la percepción de calidad de vida. Identificar este deterioro podría permitir intervenciones tempranas. El *Mini-mental state examination* (MMSE) es una herramienta práctica para evaluar la función cognitiva en la práctica clínica.

Objetivo: Evaluar la presencia y gravedad del deterioro neurocognitivo en pacientes con CBP mediante la prueba MMSE.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal en una cohorte de 24 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de CBP sin antecedentes de encefalopatía hepática clínicamente activa ni encefalopatía hepática mínima, sin antecedentes de demencia, ni enfermedad neurológica o psiquiátrica mayor ni consumo activo de sustancias, quienes fueron atendidos en un hospital de tercer nivel entre marzo y mayo del 2025. Las variables analizadas incluyeron datos sociodemográficos tales como edad, sexo y años de escolaridad, así como comorbilidades y la puntuación total del MMSE, clasificado en normal, leve, moderado y grave. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

Resultados: Se analizó una muestra de 24 pacientes con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria. La edad media fue de $59,1 \pm 10,7$ años, con un intervalo que osciló entre los 40 y 79 años. En cuanto al sexo, el 62,5% (n = 15) de los participantes correspondió a mujeres. El promedio de años de escolaridad fue de $12,1 \pm 4,5$ años. La puntuación media obtenida en la prueba MMSE fue de $26,4 \pm 2,8$, con valores individuales que variaron entre 18 y 30 puntos. Según la clasificación del deterioro cognitivo basada en la puntuación total, la distribución fue la siguiente: normal (≥ 27 puntos): 11 pacientes (44%), leve (24-26 puntos): 9 pacientes (38%), moderado (20-23 puntos): 3 pacientes (14%) y grave (< 20 puntos): 1 paciente (4%). Se identificó una tendencia hacia puntuaciones más bajas en el MMSE entre los pacientes de mayor edad y aquellos con menor escolaridad. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del MMSE entre hombres y mujeres (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio destaca que el deterioro neurocognitivo es una manifestación frecuente en pacientes con colangitis biliar primaria, incluso en ausencia de encefalopatía hepática clínica y fibrosis avanzada, ya que más de la mitad de los pacientes evaluados presentaron algún grado de alteración en el MMSE. La mayoría de los casos correspondió a deterioro leve, lo que sugiere que estas alteraciones podrían pasar inadvertidas en la práctica clínica habitual si no se realiza una evaluación cognitiva sistemática. Por lo tanto, el uso del MMSE como herramienta de tamizaje en la consulta de pacientes con CBP podría ser útil para detectar tempranamente alteraciones cognitivas y permitir implementar intervenciones que mejoren su calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Tabla 1. Frecuencia de alteración cognitiva según MMSE en pacientes con CBP. (Lun235)	
Distribución de puntuaciones del MMSE	Frecuencia/porcentaje
Total de pacientes	24 pacientes
Edad media (intervalo)	$59,1 \pm 10,7$ años (40-79)
Sexo femenino	n = 15 (62,5%)
Años de escolaridad promedio	$12,1 \pm 4,5$ años
Puntuación media MMSE (intervalo)	$26,4 \pm 2,8$ (18-30)
MMSE normal (≥ 27)	n = 11 (44%)
MMSE leve (24-26)	n = 9 (38%)
MMSE moderado (20-23)	n = 3 (14%)
MMSE grave (< 20)	n = 1 (4%)

Lun236

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMORBILIDADES Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune crónica que afecta en particular a mujeres de mediana edad y puede coexistir con otras afecciones autoinmunes, además de provocar síntomas sistémicos como fatiga y prurito. Identificar las características clínicas frecuentes, comorbilidades adjuntas y evolución clínica permite comprender mejor la heterogeneidad de la enfermedad y diseñar estrategias de atención integral y seguimiento oportuno para evitar complicaciones.

Objetivo: Describir las características clínicas y demográficas, la frecuencia de comorbilidades presentes y la evolución clínica, incluida la presencia de descompensación hepática, en pacientes con colangitis biliar primaria en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, de corte transversal, en el que se incluyó a 73 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de CBP de acuerdo con criterios clínicos y serológicos, atendidos en un hospital de tercer nivel entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC),

albúmina, bilirrubina total, INR, plaquetas, comorbilidades, síntomas clínicos y presencia de descompensación hepática. Para el análisis estadístico se usó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. **Resultados:** Se incluyó a 73 pacientes con diagnóstico confirmado de CBP. La edad media fue de 58 ± 11 años (intervalo, 35-82), con un 87% (n = 64) de mujeres. El IMC promedio fue de 27,2 ± 4,5 kg/m². Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (35%, n = 26), diabetes mellitus tipo 2 (20%, n = 15), enfermedad tiroidea (25%, n = 18) y osteoporosis (22%, n = 16). La fatiga fue referida por el 65% (n = 47) y el prurito por el 50% (n = 37). El 30% (n = 22) padecía una enfermedad autoinmune relacionada. El 11% (n = 8) desarrolló descompensación hepática, como ascitis o ictericia progresiva, con bilirrubina total promedio de 1,9 ± 0,7 mg/dL y plaquetas de 190 ± 48 ×10³/mm³. En el total de la cohorte, la albúmina fue 4,0 ± 0,4 g/dL, bilirrubina total de 1,3 ± 0,6 mg/dL, INR de 1,05 ± 0,1 y plaquetas de 225 ± 55 ×10³/mm³ (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas y de laboratorio en pacientes con CBP. (Lun236)	
Hallazgos clínicos y de laboratorio	Frecuencia/porcentaje
Edad media	58 ± 11 años
Sexo femenino	64 (87%)
IMC promedio	27,2 ± 4,5 kg/m²
Hipertensión arterial	n = 26 (35%)
Diabetes mellitus tipo 2	n = 15 (20%)
Enfermedad tiroidea	n = 18 (25%)
Osteoporosis	n = 16 (22%)
Fatiga	n = 47 (65%)
Prurito	n = 37 (50%)
Enfermedad autoinmune relacionada	n = 22 (30%)
Descompensación hepática	n = 8 (11%)
Albúmina media	4,0 ± 0,4 g/dL
Bilirrubina total media	1,3 ± 0,6 mg/dL (1,9 ± 0,7 en descompensados)
INR promedio	1,05 ± 0,1
Plaquetas promedio	225 ± 55 mil/mm³ (190 ± 48 en descompensados)

Conclusiones: La CBP afecta de manera predominante a mujeres en edad media, con alta frecuencia de síntomas como fatiga y prurito. Las comorbilidades endocrinas y cardiovasculares son comunes, lo cual exige vigilancia continua. Un subgrupo relevante desarrolla descompensación hepática, acompañada de alteraciones bioquímicas tempranas. Se recomienda seguimiento multidisciplinario regular para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. **Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Lun237

EVALUACIÓN DE LOS ERRORES EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD LITIÁSICA VESICULAR

K. D. González-Gómez, Z. P. Álvarez-Tiburcio, F. B. Roesch-Dietlen, G. Virgen-Rosario, Z. E. Montes-Osorio, J. Sempé-Minvielle, R. Hernández-Espinoza, A. Ramos-De la Medina, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas a nivel mundial, por lo que ha sido necesario establecer normas y conductas sobre las características que debe reunir el cirujano y la necesidad de que se realice bajo una “visión crítica de seguridad”, la cual se ha evaluado por su morbilidad perioperatoria. En fecha reciente se introdujo el sistema OCHRA que permite evaluar el desempeño del cirujano y conocer sus habilidades cognitivas y técnicas. **Objetivo:** Evaluar los errores cometidos durante la CL mediante el sistema OCHRA en pacientes con enfermedad litiásica vesicular en Veracruz. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo en pacientes sometidos a CL por cirujanos en hospitales de atención privada de la ciudad de Veracruz, durante enero de 2022 a diciembre 2024. Se auditaron los videos de 11 grupos quirúrgicos por un jurado capacitado en el sistema OCHRA. Se evaluó el tipo de CL y la frecuencia de conversión, la gravedad de acuerdo con la clasificación de Parkland, las características de los cirujanos y los errores de procedimiento y ejecución según el sistema OCHRA en cada paso de la CL. Las variables cuantitativas se expresaron media y desviación estándar. Las variables cualitativas se registraron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. El análisis se realizó con SPSS, versión 26. **Resultados:** Se incluyó a 111 pacientes (66,7% correspondió a mujeres, con edad media de 47,2 ± 14,2 años). La gravedad predominante de acuerdo con la clasificación de Parkland fue de grado 3 en el 31,50%. Con una conversión a cirugía abierta en el 4,7% de los casos, el abordaje laparoscópico se mantuvo en el 95,5%, con una frecuencia de 95,3% para colecistectomías totales y 4,7% para subtotaes. Al evaluar las características de los cirujanos se observó que el 81,1% correspondía a hombres con una edad media de 52,3 ± 10,1 años. La prevalencia de cirujanos con más de 10 años de experiencia fue de 81,1%, y el 45,5% realizaba entre cuatro y nueve procedimientos mensuales. Todos los cirujanos manifestaron una frecuencia de conversión a cirugía abierta inferior al 10%, el 36,5% había tenido disrupciones de la vía biliar en su práctica y el 81,8% contaba con capacidad para resolverla. En los 106 casos en que se ejecutó la CL se evaluaron 3 180 pasos quirúrgicos, de los cuales se encontraron 705 (22,1%) errores totales. En la identificación y disección de la placa cística se hallaron 231 errores (7,2%), en el clipaje y corte de la arteria y conducto cístico se reconocieron 237 errores (7,4%) y en la disección de la vesícula del lecho hepático 237 errores (7,4%). Durante la disección y separación de la placa cística se identificaron errores de procedimiento en 98,2% y errores de ejecución en 1,7%. Con posterioridad, durante

Tabla 1. Frecuencia de errores observados en las tres etapas de la colecistectomía laparoscópica conforme a la clasificación del sistema OCHRA. (Lun237)			
Error o falla	Disección y separación del conducto y arteria císticos, n = 106	Clipaje y corte de conducto y arteria císticos, n = 106	Disección de la vesícula del hígado, n = 106
1. El paso no se realiza	3 (2,8%)	2 (1,9%)	2 (1,9%)
2. El paso se completa parcialmente	9 (8,5%)	10 (9,4%)	7 (6,6%)
3. El paso se repite	85 (80,2%)	89 (84%)	96 (90,6%)
4. Se realiza un segundo paso adicional	84 (79,2%)	87 (82,1%)	85 (80,2%)
5. El segundo paso se realiza en lugar del primero	33 (31,1%)	29 (27,4%)	25 (23,6%)
6. El paso se realiza fuera de secuencia	13 (12,3%)	18 (17%)	15 (14,2%)
7. El paso se realiza con mucha fuerza, profundidad, distancia, tiempo o rotación	4 (3,8%)	2 (1,9%)	4 (3,8%)
8. El paso se realiza con poca fuerza, profundidad, distancia, tiempo o rotación	0	0	1 (0,9%)
9. El paso se realiza con orientación o dirección equivocada	0	0	1 (0,9%)
10. El paso se realiza en el plano equivocado	0	0	1 (0,9%)

el clipaje y corte del conducto y arteria císticos se encontraron errores de procedimiento en 99,1% y errores de ejecución en 0,8%. Finalmente, durante la disección de la vesícula del lecho hepático se hallaron errores de procedimiento en 97% y errores de ejecución en 2,9%. En todos los pasos, los errores o fallas más prevalentes corresponden a errores de procedimiento específicamente en la repetición del paso o la realización de un segundo paso adicional (Tabla 1).

Conclusiones: Se identificó una mayor prevalencia de errores en los pasos de procedimiento, específicamente en la repetición del paso y la realización de un segundo paso adicional. Los errores detectados en este grupo no fueron trascendentes debido a que no se presentó ningún caso de disrupción de la vía biliar; sin embargo, es importante cumplir con los pasos en el correcto orden para mantener la visión crítica de seguridad y disminuir la morbilidad perioperatoria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun238

EVALUACIÓN DE LOS ERRORES DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN LA SEVERIDAD INTRAOPERATORIA

Z. P. Álvarez-Tiburcio, K. D. González-Gómez, J. C. Montero-Domínguez, J. R. Solórzano-Rubio, H. R. Ordaz-Álvarez, J. L. Vargas-Basurto, F. B. Roesch-Dietlen, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El sistema OCHRA (*Observational clinical human reliability assessment*) busca analizar los pasos para desempeñar una operación e identificar posibles errores que pueden ocurrir durante su ejecución y reducir con ello la incidencia de efectos adversos. Sin embargo, la evidencia de OCHRA aplicada a la gravedad intraoperatoria de la colecistectomía laparoscópica es limitada.

Objetivo: Comparar el número de errores cometidos durante la colecistectomía laparoscópica según la gravedad en la escala de Parkland, mediante el sistema OCHRA en pacientes con enfermedad litiasica vesicular de Veracruz.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en sujetos sometidos a CL en hospitales de atención privada de la ciudad de Veracruz, durante enero de 2022 a diciembre 2024. Se auditaron videos de 11 grupos quirúrgicos en los que se evaluaron los errores mediante el sistema OCHRA en los tres pasos de la CL: disección de placa cística, clipaje y corte de arteria y conducto císticos y disección de la vesícula biliar del lecho hepático, así como la sumatoria de los errores de procedimiento, ejecución y total de errores. Asimismo, se compararon con base en la escala de gravedad intraoperatoria de Parkland. Las variables cuantitativas se expresaron como medias con desviación estándar o medianas con rangos intercuartílicos, según correspondiera. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia absoluta y porcentajes. La distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para las comparaciones entre tres o más grupos se empleó la prueba Anova o Kruskal-Wallis con *post hoc* de Bonferroni o Dunn, para las correlaciones de Pearson o Spearman, según la distribución. Las

variables categóricas se analizaron con χ^2 o exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó con SPSS v. 26.

Resultados: Se incluyó a 106 pacientes, de los cuales 67,9% correspondió a mujeres con edad media $45,9 \pm 13,6$ años e IMC de $25,1 \pm 3,29$ kg/m². El 95,3% correspondió a colecistectomías totales y 4,7% a subtotales. La gravedad intraoperatoria más frecuente correspondió a Parkland 3 en el 32,1%. La gravedad se correlacionó con la suma de errores de procedimiento ($r = 0,439$, $p = < 0,001$) y con la suma total de errores de procedimiento y ejecución ($r = 0,444$, $p = < 0,001$). No se encontró significancia estadística en los errores de ejecución durante los tres pasos de la CL. En el análisis *post hoc* para la suma de errores de procedimiento, Parkland 4 mostró diferencias frente al grado 2 ($p = 0,006$) y grado 1 ($p = 0,002$), con un mayor número de errores. Por otro lado, Parkland 3 mostró diferencias frente al grado 1 ($p = 0,049$), también con un número elevado de errores. De manera similar, la suma total de errores fue mayor en Parkland 4 respecto del grado 2 ($p = 0,034$) y grado 1 ($p = 0,003$), mientras que Parkland 5 presentó diferencias frente al grado 1 ($p = 0,043$), y grado 3 frente a Parkland 1 ($p = 0,044$) (Tabla 1).

Conclusiones: En este estudio, los sujetos clasificados con grados menores de gravedad tuvieron un menor número de errores durante la colecistectomía. No obstante, se observó una tendencia al incremento de errores conforme aumentaba la gravedad del caso. Estos hallazgos refuerzan la recomendación de que dicho procedimiento lo practiquen cirujanos con formación especializada y experiencia, con base estricta en las normas establecidas para una colecistectomía segura.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Lun239

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE COLEDOCOLITIASIS POR LAPAROSCOPIA

S. Rojas-Ortega, E. Pasic, G. Reed-San Román, R. Cesín-Sánchez, R. Ameyro-Ameneyro, Hospital Ángeles Puebla

Introducción: Desde que se inició la cirugía laparoscópica en la década de 1990 ha sido una práctica común el uso de la CPRE para el tratamiento de la coledocolitiasis, ya sea en el preoperatorio o el posoperatorio. El cirujano rara vez realiza la colangiografía transoperatoria y, cuando lo hace y encuentra coledocolitiasis, no sabe resolver el padecimiento durante el acto quirúrgico y decide un segundo procedimiento en el posoperatorio, lo cual aumenta el costo, la estancia hospitalaria y la morbilidad para el paciente. La exploración de la vía biliar transcística o por coledocotomía, con coledocoscopia, es el tratamiento quirúrgico que ofrece resolver el padecimiento en un solo episodio con una tasa de éxito del 95% y una morbilidad mínima y sin mortalidad.

Objetivo: Informar la técnica laparoscópica por vía transcística y por coledocotomía, con sus indicaciones y contraindicaciones, con uso de canastillas, balones y empleo adecuado del coledocoscopio y colangiografía transoperatoria para el tratamiento de la coledocolitiasis en un solo acto sin necesidad de CPRE, con éxito del 95% y muy baja morbilidad y sin mortalidad, en una serie de 165 pacientes durante 25 años. El mejor tratamiento

Tabla 1. Comparación del número de errores según la gravedad en la escala de Parkland. Los valores se expresan como mediana (rango intercuartílico). El asterisco (*) indica diferencias significativas ($p < 0,05$) identificadas mediante el análisis *post hoc* de Dunn. (Lun238)

	Parkland 1, n = 30	Parkland 2, n = 25	Parkland 3, n = 34	Parkland 4, n = 14	Parkland 5, n = 3	Valor de p
Errores de procedimiento en disección de placa cística	2 (1,75-2)	2 (1,5-2)	2 (2-3)	3 (2-4)*	3 (2,5-3,5)	< 0,001
Errores de procedimiento en clipaje y corte	2 (2-2)	2 (1,5-2)	2 (2-3)	3 (2-3,25)*	3 (3-3,75)	< 0,001
Errores de procedimiento en disección vesicular	2 (2-2)	2 (2-2)	2 (2-3)	2,5 (2-3,25)	3 (2-3)	0,017 0
Suma de errores de ejecución	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-1)	0,291
Suma de errores de procedimiento	6 (4,75-6)	6 (5-6)	6 (6-9)	8 (6-9,75) *	9 (7,5-10)	< 0,001
Suma de errores de procedimiento y ejecución	6 (4,75-6)*	6 (5-6)	6 (6-9)	8,5 (6-9,75)	9 (8,25-10)	< 0,001

de la coledocolitiasis debe efectuarse en una sola sesión durante la cirugía por laparoscopia.

Material y métodos: Entre 1992 y 2025 se han practicado 1 510 colecistectomías laparoscópicas (CL) por colecistitis litiasica crónica o aguda. Durante la colangiografía transoperatoria dinámica con fluoroscopio se identificó a 165 pacientes (10,9%) con coledocolitiasis. Todos se sometieron a exploración de la vía biliar con coledocoscopia flexible (STORZ 7 Fr con canal de trabajo) por vía transcística o por coledocotomía.

Resultados: Se trató a 158 pacientes (95,7%) con éxito mediante extracción de la coledocolitiasis durante la CL. Hasta 120 casos (75,9%) se trataron por vía transcística y 38 (24%) por coledocotomía. En todos los pacientes se emplearon el coledocoscopia flexible y la extracción con canastilla. Se usó glucagon IV, irrigación a presión y balones transesfínter de Oddi en forma selectiva. Al inicio de esta experiencia, en 7 (4,2%) pacientes no fue posible extraer los cálculos de la vía biliar y se realizó la conversión a cirugía abierta o se los refirió a CPRE posoperatoria. La morbilidad encontrada fue de 4,4%, sin fistulas biliares ni mortalidad. La estancia hospitalaria varió de 24 a 48 h.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes (95,7%) se trató con éxito y extracción completa de la coledocolitiasis durante la CL por vía transcística o por coledocotomía sin complicaciones mayores y una corta estancia hospitalaria. El mejor tratamiento de la coledocolitiasis en la mayoría de los pacientes se realiza sin duda en una sola sesión durante la cirugía por laparoscopia, sin practicar CPRE en el posoperatorio.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun240

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD LITIÁSICA VESICULAR

Z. P. Álvarez-Tiburcio, K. D. González-Gómez, L. Morales-Laines, A. G. Pérez-Morales, J. C. Castellanos-Juárez, J. L. Suárez-Álvarez, O. Ávila-Mercado, M. A. Carrasco-Arróniz, F. B. Roesch-Dietlen, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La colecistectomía segura es una práctica quirúrgica orientada a reducir las complicaciones intraoperatorias y tiene como pilar fundamental la visión crítica de seguridad (VCS) para una identificación anatómica precisa. Sin embargo, la evidencia actual en el sureste de México es limitada.

Objetivo: Evaluar la seguridad de la CL en pacientes con enfermedad litiasica vesicular en Veracruz.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en sujetos sometidos a CL en hospitales privados de la ciudad de Veracruz, durante enero de 2022 a diciembre 2024. Se auditaron videos de 11 grupos quirúrgicos en los que se evaluaron la seguridad del procedimiento mediante la identificación de la VCS con base en la puntuación fotográfica de Doublet (PFD), tras considerar satisfactoria una puntuación ≥ 5 , y la presencia de complicaciones intraoperatorias como disrupción de la vía biliar, víscera hueca o vascular y hemorragia durante el procedimiento. Además, se evaluó la gravedad intraoperatoria según la clasificación de Parkland y se compararon las medias del PFD entre los diferentes grados de gravedad. Las variables cuantitativas se expresaron como medias con desviación estándar o medianas con rangos intercuartílicos, según correspondiera. Las variables cualitativas se

informaron como frecuencia absoluta y porcentajes. La distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para las comparaciones entre tres o más grupos se empleó la prueba de Kruskal-Wallis con *post hoc* de Dunn y para las correlaciones la de Spearman. Las variables categóricas se analizaron con χ^2 o exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó con SPSS v. 26.

Resultados: Se incluyó a 111 pacientes, de los cuales 66,7% correspondió a mujeres con edad media de $47,2 \pm 14,24$ años e IMC de $28,24 \pm 3,27$ kg/m². Las comorbilidades más frecuentes fueron cirugía abdominal previa en 28% e hipertensión arterial en 24,3%. La conversión a cirugía abierta fue del 4,7% de los casos, el abordaje laparoscópico se mantuvo en el 95,5%, con una frecuencia de 95,3% para colecistectomías totales y 4,7% para las subtotales. La gravedad más prevalente fue 3 en la escala de Parkland en el 31,50%. La puntuación Doublet se correlacionó de forma negativa ($r = -0,568$) con el grado de gravedad y además se identificaron diferencias significativas entre los grados de gravedad y las puntuaciones de Doublet mediante Kruskal-Wallis ($p \leq 0,001$). En el análisis *post hoc* se encontraron diferencias de puntuación entre el Parkland 5 y 1 ($p = 0,018$) con valores más bajos para el grado 5. De manera similar, Parkland 4 registró diferencias frente al grado 2 ($p = 0,011$) y el 1 ($p = < 0,001$), con puntuaciones más bajas. Por otro lado, Parkland 3 presentó diferencias frente a los grados 2 ($p = 0,012$) y 1 ($p = < 0,001$), con puntuaciones más bajas. Las complicaciones intraoperatorias más frecuentes fueron la ruptura de la vesícula biliar en 44,1%, hemorragia moderada a intensa en 32,4% y se registró un solo caso de lesión intestinal (Tabla 1). No se registraron casos de disrupción de la vía biliar o vascular.

Conclusiones: En este estudio, los sujetos clasificados con menor grado de gravedad presentaron menor prevalencia de complicaciones; sin embargo, a medida que aumenta la gravedad se incrementa el riesgo de complicaciones. Por lo tanto, se recomienda que este procedimiento lo realicen cirujanos con formación y experiencia, que sigan estrictamente las normas establecidas para una colecistectomía segura.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Lun241

FACTORES PREDICTORES DE PASO ESPONTÁNEO DE LITOS EN PACIENTES CON COLEDOCOLITIASIS EN UN CENTRO DE REFERENCIA MEXICANO

I. Lozano-García, C. Salcido-Yáñez, L. A. Rosales-Rentería, A. L. Osorio-Núñez, A. Rosales-Solis, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: La coledocolitiasis es una causa frecuente de obstrucción biliar que puede provocar complicaciones graves como colangitis y pancreatitis. Comprender los factores que influyen en la eliminación natural de los cálculos podría ayudar a clasificar a los pacientes que podrían beneficiarse de un enfoque conservador y evitar así procedimientos invasivos innecesarios. El paso espontáneo de litos en pacientes con coledocolitiasis puede estar influido por factores bioquímicos y dimensiones anatómicas del colédoco.

Objetivo: Identificar los factores clínicos, de laboratorio e imagenológicos vinculados con el paso espontáneo de litos en pacientes con coledocolitiasis en un centro de referencia mexicano

Tabla 1. Comparación de variables intraoperatorias según la gravedad en la escala de Parkland. El asterisco (*) indica diferencias significativas ($p < 0,05$) identificadas mediante el análisis <i>post hoc</i> de Dunn. (Lun240)						
	Parkland 1, n = 30	Parkland 2, n = 25	Parkland 3, n = 35	Parkland 4, n = 17	Parkland 5, n = 4	p
Exposición de la placa cística claramente visible	26 (86,7%)	19 (76%)	10 (28,6%)	4 (23,5)	1 (25%)	< 0,001
Estructuras del triángulo hepatocístico claramente visible	27 (90%)	19 (76%)	10 (28,6%)	5 (29,4%)	1 (25%)	< 0,001
Identificación de dos estructuras conectadas a la vesícula claramente visibles	30 (100%)	21 (84%)	11 (64,7%)	11 (64,7%)	1 (25%)	< 0,001
Puntuación fotográfica de Doublet	6 (6-6)	6 (4-6)	4 (3-6)	4 (3-6)*	4 (3-6)	< 0,001
Visión crítica de seguridad satisfactoria	27 (90%)	18 (72%)	10 (28,6%)	5 (29,4%)	1 (25%)	< 0,001
Ruptura vesicular	12 (40%)	13 (52%)	13 (37,1%)	10 (58,8%)	1 (25%)	0,219
Hemorragia moderada intensa	5 (16,7%)	4 (16%)	16 (45,7%)	8 (47,1%)	3 (75%)	0,006

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 181 pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), los cuales tenían diagnóstico confirmado de coledocolitiasis por un estudio de imagen y se sometieron a una CPRE dentro de un plazo definido, lo que permitió objetivar la expulsión espontánea.

Resultados: Se incluyó a 181 pacientes, en 38 de los cuales se observó expulsión espontánea de litos biliares antes de la CPRE (21%). Estos pacientes tendían a presentar litos iniciales de menor tamaño y diámetros de conducto biliar común más estrechos en comparación con aquellos en quienes se extrajeron cálculos durante la CPRE; sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. El análisis descriptivo mostró que, si bien la mayoría de los marcadores bioquímicos estaba elevada en ambos grupos, no se identificaron diferencias significativas entre ellos. El diámetro medio del colédoco en pacientes con expulsión espontánea fue significativamente menor ($p < 0,01$), lo que sugiere que la dilatación ductal podría desempeñar un papel protector en la obstrucción de la expulsión de litos. Otros factores mostraron diferencias estadísticas. Ningún otro factor bioquímico ni alguna característica basal de los pacientes mostraron relaciones estadísticamente significativas. Por lo tanto, se determinó que un diámetro del colédoco menor a 10 mm medido durante algún estudio de imagen se vincula significativamente con la expulsión espontánea de litos biliares en pacientes con coledocolitiasis. Se justifican estudios prospectivos más amplios para validar estos hallazgos y explorar con mayor profundidad el posible efecto de las variables bioquímicas (Tabla 1).

Conclusiones: Un diámetro del colédoco < 10 mm medido durante algún estudio de imagen se relaciona significativamente con la expulsión espontánea de litos biliares en pacientes con coledocolitiasis. Se justifican estudios prospectivos más amplios para validar estos hallazgos y explorar con mayor profundidad el posible efecto de las variables bioquímicas.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Análisis de regresión logística de factores relacionados, ajustados para sexo y edad. Sólo un diámetro del colédoco < 10 mm fue estadísticamente significativo al relacionarse con paso espontáneo. (Lun241)

Regresión logística multivariada*	OR (IC95%)	Valor de p
Colédoco < 10 mm	0,707 (0,55-0,90)	0,0400
ALT $< 2 \times$ ULN	1,82 (0,78-2,86)	0,0625
AST $< 2 \times$ ULN	1,06 (0,81-1,26)	0,0583

Lun242

VALOR PRONÓSTICO DE LAS RELACIONES AST/ALT Y GGT/FA EN PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, R. C. Baltazar-Contreras, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El colangiocarcinoma (CCA) representa el segundo tumor maligno primario más común del hígado y se caracteriza por un diagnóstico generalmente tardío debido a su curso clínico insidioso, lo que origina un pronóstico reservado y opciones terapéuticas limitadas. En este contexto, la identificación de marcadores pronósticos accesibles, reproducibles y de bajo costo cobra especial relevancia. Las razones entre enzimas hepáticas, como AST/ALT y GGT/FA, se han explorado previamente en hepatopatías crónicas y neoplasias hepáticas como el hepatocarcinoma; sin embargo, su valor pronóstico específico en el colangiocarcinoma es todavía poco conocido.

Objetivo: Evaluar la utilidad pronóstica de las razones AST/ALT y GGT/FA en pacientes con diagnóstico confirmado de colangiocarcinoma.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional y analítico en una cohorte de 30 pacientes con diagnóstico de colangiocarci-

noma atendidos en un hospital de tercer nivel entre 2020 y 2024. Las razones AST/ALT y GGT/FA se calcularon a partir de pruebas basales de función hepática. Los pacientes se estratificaron de acuerdo con los puntos de corte clínicamente establecidos: $> 1,5$ vs. $\leq 1,5$ para AST/ALT y $> 1,0$ vs. $\leq 1,0$ para GGT/FA. La supervivencia global se definió desde el momento del diagnóstico hasta la muerte o la última fecha de seguimiento. Se construyeron curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y se analizaron las diferencias entre grupos mediante la prueba de log-rank.

Resultados: Se incluyó a un total de 30 pacientes con colangiocarcinoma, con una mediana de edad de 61 años y predominio del sexo masculino (60%). El subtipo más frecuente fue el colangiocarcinoma perihiliar (Klatskin), seguido del intrahepático. La mayoría de los pacientes se encontraba en estadios avanzados al momento del diagnóstico, con compromiso locorregional o metastásico. En el análisis de supervivencia, los pacientes con una razón GGT/FA $> 1,0$ presentaron una disminución más pronunciada de la supervivencia durante los primeros 20 meses, con una mediana de supervivencia inferior en comparación con aquellos con razón $\leq 1,0$. No obstante, esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0,085$), aunque sugirió una posible tendencia clínica relevante. En contraste, la razón AST/ALT no mostró diferencias significativas en la supervivencia global ($p = 0,47$), con curvas de Kaplan-Meier ampliamente superpuestas (Figura 1).

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio sugieren que una razón GGT/FA $> 1,0$ podría relacionarse con una peor evolución clínica en pacientes con colangiocarcinoma, evidenciada por una reducción de la supervivencia, aunque sin alcanzar significancia estadística. Esta relación podría estar vinculada con el grado de colestasis o infiltración tumoral de la vía biliar. Por su parte, la razón AST/ALT no mostró valor pronóstico en esta cohorte, lo que puede explicarse por su limitada sensibilidad para reflejar daño biliar específico en comparación con el daño hepatocelular. A pesar de las limitaciones inherentes al tamaño muestral reducido, los resultados abren la posibilidad de utilizar estos marcadores séricos como herramientas auxiliares en la estratificación pronóstica inicial del colangiocarcinoma. Su bajo costo, disponibilidad en prácticamente todos los laboratorios y fácil interpretación representan ventajas potenciales en entornos clínicos de recursos limitados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curvas de Kaplan-Meier de supervivencia de acuerdo con la relación GGT/FA y AST/ALT. (Lun242)

