



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Martes 18 de noviembre de 2025

### Páncreas

#### Mar311

#### IMPACTO DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS: COMPARACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE SU IMPLEMENTACIÓN EN EL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA FRAY ANTONIO ALCALDE

A. I. Ternel-Avelar, E. D. Ramírez-Pimentel, R. G. Aguilera-García, D. A. Castellan-García, R. Palos-Cuéllar, C. O. García-Gómez, M. A. Chacón-Yax, J. Alonso-Preciado, C. Arróniz-Jáuregui, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** El diagnóstico histológico preciso de las lesiones sólidas pancreáticas es fundamental para guiar el tratamiento. Los métodos convencionales, como el abordaje percutáneo, quirúrgico o el cepillado biliar, tienen limitaciones en sensibilidad, accesibilidad y seguridad. La introducción del ultrasonido endoscópico (USE) con punción ha revolucionado este campo, al permitir visualización detallada y obtención de muestras tisulares en tiempo real. Esto ha mejorado la precisión diagnóstica, reducido las complicaciones y facilitado el acceso a lesiones pequeñas o difíciles.

**Objetivo:** Evaluar el efecto del USE en el diagnóstico histológico de lesiones sólidas de páncreas en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, al comparar la proporción de pacientes con diagnóstico histopatológico antes y después de su implementación, así como describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico en pacientes con lesiones sólidas pancreáticas atendidos entre enero de 2018 y marzo de 2025. Se compararon dos periodos: antes del uso del USE (2021-2022) y tras su implementación (2023-2024). Los casos se identificaron con códigos CIE-10 y datos de expedientes electrónicos; en caso de datos incompletos se contactó telefónicamente si había número vigente. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar o rango intercuartílico, según la distribución (Shapiro-Wilk), y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Se realizaron las pruebas t de Student, Wilcoxon, ji cuadrada o Fisher, según correspondiera, con  $p < 0,05$  como significativa. Análisis con SPSS v.25.

**Resultados:** Se incluyó a 344 pacientes, 53,8% de ellos mujeres, con media de edad de  $60 \pm 13$  años. El 34,3% consumía tabaco, 27,9% alcohol y 34,3%

tenía diabetes mellitus. El diagnóstico histológico se obtuvo mediante USE en 29,1% de los casos, con abordaje quirúrgico en 26,9%, biopsia percutánea en 21,3% y cepillado de la vía biliar en 10,5%. El síntoma más frecuente fue dolor abdominal (61,79%), seguido de ictericia (48,1%). Respecto de la localización, 71,6% de las lesiones se localizó en la cabeza pancreática, 12% en el cuello o cuerpo, 11,7% en la cola, 3,9% en el proceso uncinado y en 0,9% de los casos no se disponía de información sobre la localización. El 21% carecía de diagnóstico histopatológico. De los tumores identificados, 58,8% correspondió a adenocarcinomas, 4,4% a tumores neuroendocrinos, 4,1% a tumores pseudopapilares, 2,6% a procesos inflamatorios, 1,8% a neoplasias mucinosas, 0,9% a acinares, 1,5% a serosos y 0,3% a otros tipos (GIST, escamoso, leiomiomasarcoma). El 3,5% resultó negativo para proceso maligno. Se realizaron 74 biopsias guiadas por USE: 20,3% con un solo pase, 66,2% con dos y 13,5% con tres. En el 94,6% se utilizó aguja calibre 22 G y en 5,4% 19 G. Al comparar a 250 pacientes antes (44%) y después (56%) de la implementación del USE, se observó una reducción significativa en biopsias percutáneas (29 vs. 17;  $p = 0,005$ ) y quirúrgicas (32 vs. 24;  $p = 0,029$ ), y un aumento en el uso del USE (5 vs. 61;  $p < 0,001$ ); no hubo diferencia en cepillados biliares (13 vs. 12;  $p = 0,128$ ) y el número sin diagnóstico histológico disminuyó (33 vs. 18;  $p = 0,001$ ), al igual que los fallecidos sin diagnóstico (22 vs. 5;  $p = 0,001$ ) tras la implementación del USE.

**Conclusiones:** El USE demostró un efecto positivo al incrementar la tasa de confirmación histopatológica y disminuir el uso de técnicas más invasivas para el diagnóstico. Asimismo, se redujo la proporción de pacientes sin diagnóstico definitivo, incluidos aquéllos que fallecieron sin caracterización adecuada.

**Financiamiento:** No se ha recibido financiamiento para esta investigación.

#### Mar312

#### MANEJO QUIRÚRGICO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS DE PÁNCREAS: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

K. Sánchez-Reyes, X. Ayala-Arredondo, A. Calderón-Cantú, E. Ramírez-García, I. Domínguez-Rosado, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos de páncreas (TNEP) son neoplasias poco frecuentes que surgen de las células neuroendocrinas y representan

un reto tanto diagnóstico como terapéutico. La comprensión de su abordaje quirúrgico es crucial, ya que constituye el tratamiento principal y puede influir significativamente en la supervivencia del paciente. La cirugía en casos perfectamente protocolizados es la estrategia segura y confiable para la resolución de tumores no funcionantes y funcionantes, con baja morbilidad, siempre y cuando se realicen en centros de alto volumen. El seguimiento a largo plazo es esencial, dado el riesgo de recurrencia y la posibilidad de desarrollo de nuevos tumores neuroendocrinos. La tasa de supervivencia a cinco años varía en grado considerable; en tumores bien diferenciados, la supervivencia es alta, mientras que los tumores de grado alto tienen un pronóstico más reservado.

**Objetivo:** Notificar los resultados del tratamiento quirúrgico de tumores neuroendocrinos pancreáticos en un centro de alto volumen.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de expedientes electrónicos y físicos de pacientes sometidos a cirugía por diagnóstico de tumor neuroendocrino de páncreas durante el periodo de 2013 a 2023 en un centro de alto volumen en México.

**Resultados:** Se revisaron 132 expedientes y se incluyó a 52 pacientes sometidos a cirugía con diagnóstico de tumor neuroendocrino de páncreas: 57,6% de sujetos femeninos, 42,3% de masculinos, con edad promedio de 48 años, y de los cuales 30,7% refirió consumo de alcohol y 21,1% de tabaco. De estos tumores, 63% correspondió a insulinomas y 26,9% a tumores no funcionales y otros tumores funcionales (9,61%). La localización más común fue la cola del páncreas (39,2%), seguida de la cabeza (27,45%). Hasta 32 pacientes (61,5%) fueron objeto de pancreatometomía distal con o sin esplenectomía y de ellos 59,4% se abordó laparoscópicamente y 37,5% de manera abierta, con un episodio de conversión (3,1%). En el resto se practicaron la técnica de Whipple y enucleación, en 10 casos (19,2%) respectivamente, de los cuales tres procedimientos de Whipple y siete enucleaciones se realizaron por mínima invasión. Dentro de las complicaciones posoperatorias, la fístula pancreática se presentó en el 19,2%, seguida de infección del sitio quirúrgico en el 3,8%. En el análisis por subgrupos, en el procedimiento de Whipple, la fístula pancreática ocurrió en el 30% de los casos. Otras complicaciones que se presentaron en menor proporción fueron insuficiencia pancreática endocrina y exocrina, retardo del vaciamiento gástrico y hemorragia posoperatoria. En este aspecto no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los procedimientos. Asimismo, como se ve en la **Tabla 1**, se realizaron comparaciones con otros estudios latinoamericanos de cohortes quirúrgicas de tumores neuroendocrinos y sus resultados más importantes. Se identificó una morbilidad (Clavien-Dindo III y IV) de 13,4%, con una mortalidad del 3,85%.

**Conclusiones:** Los tumores neuroendocrinos de páncreas sometidos a procedimientos como pancreatometomía distal, Whipple o enucleación, en el caso de insulinomas, son estrategias seguras en pacientes protocolizados y elegibles para este tipo de tratamiento, aunque no están exentos de complicaciones. Los resultados son comparables a los de las estadísticas internacionales.

**Financiamiento:** Institucional.

Mar313

FACTORES PREDICTORES DE ESTENOSIS O TUMORES BILIOPANCREÁTICOS EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON RIESGO ALTO DE COLEDOCOLITIASIS Y DES-ENLACES DE SEGURIDAD ASOCIADOS A CPRE

A. Sáenz-Araiza, U. I. Martín-Flores, L. A. Rosales-Rentería, A. L. Osorio-Núñez, A. A. Rosales-Solís, Centro Médico ISSEMyM Toluca

**Introducción:** En pacientes con riesgo alto de coledocolitiasis, de acuerdo con los criterios de la ASGE 2019, se recomienda someter a CPRE terapéutica. Sin embargo, en un 17 a 57% no se identifica este hallazgo en la CPRE. En pacientes > 50 años, la prevalencia de tumores pancreatobiliares es elevada, por lo que es difícil de predecir si existen otros factores que orienten a esta causa.

**Objetivo:** Analizar los factores que predisponen a encontrar estenosis o tumores biliopancreáticos en pacientes > 50 años que cuentan con criterios de riesgo alto de coledocolitiasis de acuerdo con la guía ASGE 2019 y los desenlaces de seguridad en la CPRE de primera intención

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de cohorte única en el departamento de gastroenterología y endoscopia gastrointestinal del Centro Médico ISSEMyM, desde enero del 2022 hasta marzo del 2024. Se incluyó a pacientes que ingresaron con riesgo alto de coledocolitiasis según ASGE 2019 y en quienes se practicó CPRE de primera intención.

**Resultados:** De los 178 pacientes incluidos, en 96 (53,93%) se confirmó el cuadro de coledocolitiasis por CPRE, mientras que 82 (46,06%) no tenían este hallazgo. De estos últimos 82, 61 tenían estenosis o tumoraciones biliopancreáticas como causa de ictericia/colangitis. Los valores altos de bilirrubinas (> 5 mg/dL y > 7 mg/dL), la albúmina < 3,5 g/dL, las cifras de fosfatasa alcalina > 2 veces el LSN, la mayor dilatación del colédoco por ultrasonido abdominal y la pérdida de peso > 5% resultaron ser factores de riesgo para presentar estenosis o tumores biliopancreáticos en CPRE en el análisis univariado. La hipalbuminemia (OR 2,14, p = 0,043), la FA > 2 veces el LSN (OR 1,99, p = 0,049) y la pérdida de peso > 5% (OR 3,82, p = 0,036) son los únicos factores que alcanzaron significancia en el análisis multivariado (**Tabla 1**). Al agregar estos tres factores a los criterios de riesgo alto de coledocolitiasis de la guía ASGE 2019 se alcanza una precisión diagnóstica de 74,98%, con una S de 26,23%, E de 99,15%, VPP de 94,12% y VPN de 72,05% para predecir la presencia de estenosis o tumores biliopancreáticos en CPRE. En el procedimiento se identificaron efectos adversos en el 40% de los pacientes en quienes no se encontró coledocolitiasis; la más común fue la canulación incidental del conducto pancreático (15,16%), seguido del sangrado (2,2%).

**Conclusiones:** En pacientes > 50 años con riesgo alto de coledocolitiasis, la pérdida de peso de 5%, la albúmina < 3,5 g/dL y la FA > 2 veces el LSN se relacionan con estenosis o tumores biliopancreáticos en CPRE. Con la intención de disminuir el uso de CPRE como modalidad diagnóstica cuando no se tiene la certeza por completo de tratarse de un cuadro de coledocolitiasis en

Tabla 1. Comparación de resultados con cohortes latinoamericanas de PNET quirúrgicamente tratados. (Mar312)

Cohortes quirúrgicas de PNET en Latinoamérica: comparaciones clave					
Variable	Este centro (2013-23)	Lozano-Salazar 1997	Menéndez-Skertchly 2006	Machado 2001	Medrano-Guzmán 2012
N de pacientes	50,0	38,0	7,0	59,0	11,0
% funcionales	70,6	73,6	71,4	100,0	NR
% insulinomas	62,0	52,6	42,8	100,0	NR
Pancreatometomía distal (%)	62,0	NR	14,2	45,7	NR
Whipple (%)	20,0	NR	14,2	3,3	NR
Enucleación (%)	18,0	NR	42,8	37,0	NR
Otros procedimientos (%)	0,0	NR	14,2	14,0	NR
% mínima invasión	58,0	NR	0,0	0,0	NR
Mortalidad a 90 días (%)	4,0	NR	0,0	0,0	NR
Mediana de seguimiento (meses)	36,0	NR	36,0	NR	50,0
Recurrencia (%)	16,0	NR	28,4	NR	25,0

NR, no reportado.

\*11 de los 48 GEP-NET del estudio eran PNET.

**Tabla 1.** Análisis univariado y multivariable por regresión logística de los factores de riesgo para presentar hallazgo de estenosis/tumores biliopancreáticos en pacientes mayores de 50 años que cumplen con riesgo alto de coledocolitiasis. (Mar313)

Análisis univariado			
	OR	IC95%	Valor de p
Sexo masculino	1,57	0,8-3,112	0,094
Diabetes mellitus tipo 2	1,20	0,610-2,366	0,29
Hipertensión arterial	0,54	1,264-1,123	0,059
Tabaquismo	1,476	0,630-3,464	0,18
Alcoholismo	1,146	0,483-2,720	0,37
Pérdida de peso > 5%	5,990	2,438-14,736	< 0,0001
Albúmina sérica < 3,5 g/dL	3,046	1,502-6,177	0,001
Albúmina sérica < 2,8 g/dL	2,221	1,014-4,866	0,023
Bilirrubinas totales > 2 mg/dL	5,701	0,726-44,778	0,048
Bilirrubinas totales > 5 mg/dL	5,911	2,355-14,859	0,0002
Bilirrubinas totales > 7 mg/dL	8,8	3,926-19,737	< 0,0001
Fosfatasa alcalina > 2 veces el LSN	3,477	1,155-10,463	0,013
GGT > 10 veces el LSN	2,0250	0,782-5,247	0,073
Hemoglobina < 13 g/dL (hombres) y < 12 g/dL mujeres	1,553	0,773-3,122	0,107
Diámetro del colédoco ajustado por vesícula biliar <i>in situ</i>	3,821	0,850-17,184	0,040
Litiasis vesicular	0,971	0,492-1,920	0,467
Vesícula <i>in situ</i>	2,126	0,911-4,963	0,04
Coledocolitiasis por USG	0,0351	0,013-0,096	< 0,0001
Análisis multivariado			
	OR	IC95%	Valor de p
Albúmina < 3,5 g/dL	2,14	1,81-3,95	0,043
Pérdida de peso > 5%	3,82	1,78-5,69	0,036
FA >2 veces el LSN	1,99	1,27-3,26	0,049

FA, fosfatasa alcalina; GGT, gammaglutamil transpeptidasa; LSN, límite superior de la normalidad; USG, ultrasonido abdominal.

un paciente mayor de 50 años, la adición de estos factores a los criterios de riesgo originales de la ASGE 2019 puede aumentar su rendimiento diagnóstico para reducir los riesgos del procedimiento.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

Mar314

PANCREATITIS AGUDA Y ENTEROCOLITIS NEUTROPÉNICA COMO COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES DEL TRATAMIENTO CALGB MODIFICADO EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

E. S. Hernández-Musus, D. R. Rosales-López, B. Sánchez, S. Mateo, Grupo Colaborativo: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Introducción:** La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una neoplasia hematológica agresiva. El esquema CALGB modificado ha mejorado la sobrevida, pero puede causar toxicidades graves, como enterocolitis neutropénica y pancreatitis aguda, con efecto potencial en la mortalidad.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, evolución y desenlace de los pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA) que desarrollaron enterocolitis neutropénica o pancreatitis aguda como complicaciones del tratamiento con el esquema CALGB modificado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) durante el periodo 2020-2025.

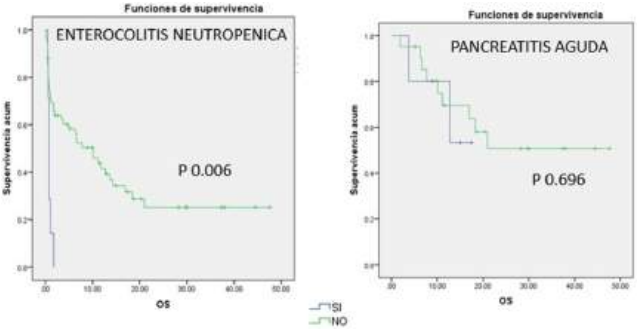
**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico en pacientes ≥ 16 años con LLA tratados con CALGB modificado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2020-2025). Se incluyeron casos con diagnóstico documentado de enterocolitis neutropénica. Se recolectaron variables clínicas, laboratoriales y desenlaces. Se aplicó análisis bivariado (ji cuadrada) curvas de Kaplan-Meier para supervivencia global y regresión de Cox para evaluar el efecto de las complicaciones gastrointestinales sobre la mortalidad.

**Resultados:** Se analizó a 67 pacientes (media de edad: 34,6 años); 12 (17,9%) desarrollaron complicaciones gastrointestinales mayores: seis enterocolitis neutropénica y seis pancreatitis aguda. La enterocolitis ocurrió durante la inducción y se relacionó con una mortalidad del 100%, con mediana de supervivencia de 0,8 meses. La pancreatitis, observada durante la consolidación, no modificó en grado significativo la supervivencia. La regresión de Cox confirmó que la enterocolitis neutropénica se vinculó con un riesgo significativamente mayor de muerte ( $p < 0,01$ ), mientras que la pancreatitis no registró relación significativa ( $p > 0,6$ ). Véase la **Figura 1**.

**Conclusiones:** La enterocolitis neutropénica, aunque infrecuente, fue letal, lo que confirma su elevada mortalidad en el contexto de la neutropenia profunda. La pancreatitis mostró curso benigno. Estos hallazgos resaltan la importancia de instituir vigilancia estrecha durante las fases tempranas del tratamiento.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento alguno.

**Figura 1.** Supervivencia global en pacientes con complicaciones gastrointestinales relacionadas con el esquema CALGB modificado. A, supervivencia global en pacientes con colitis neutropénica durante la fase de inducción. B, supervivencia global en pacientes con pancreatitis aguda durante la fase de consolidación. (Mar314)



Mar315

EVALUACIÓN DINÁMICA DE LAS ENZIMAS PANCREÁTICAS DURANTE LA PANCREATITIS AGUDA: MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO

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

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad con incidencia global de 13 a 45 casos por cada 100 000 personas y una mortalidad hasta de 5%. Aunque la elevación de amilasa y lipasa es fundamental para el diagnóstico, según los criterios de Atlanta, su utilidad como biomarcadores pronósticos es todavía controversial. Los estudios previos mostraron limitaciones metodológicas al clasificar la gravedad sólo por imagen, sin escalas clínicas validadas. En fecha reciente se ha propuesto un enfoque dinámico en la medición de biomarcadores, considerada su evolución durante la hospitalización.

**Objetivo:** Evaluar si los valores de amilasa y lipasa a las 24 y 72 horas se relacionan con la gravedad de la PA. Asimismo, explorar si una puntuación combinada que incluya la reducción  $\geq 85\%$  de amilasa y una PCR  $< 10$  mg/dL a las 72 h permite identificar a pacientes con pancreatitis leve.

**Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal y ambispectivo realizado en un hospital de tercer nivel, en el noreste de México, durante enero de 2020 a enero de 2024. Se analizaron las concentraciones séricas de amilasa y lipasa a las 24 y 72 h. La PA se clasificó en leve, moderada o grave. Se evaluaron complicaciones mediante tomografía (clasificación de Balthazar). Se llevaron a cabo análisis bivariados, Spearman, prueba U de Mann-Whitney y regresión logística binaria. Se creó una calificación combinada “amilasa-PCR 72” y se evaluó su rendimiento diagnóstico mediante curva ROC.

**Resultados:** Se incluyó a 263 pacientes. La mayoría presentó PA moderada (62,4%), sin complicaciones locales (86,8%) ni sistémicas (64,6%). La complicación sistémica más frecuente fue la lesión renal aguda (13,3%) y la mortalidad fue de 6,1% (Tabla 1). No se halló correlación significativa entre amilasa o lipasa a las 24 o 72 h y la gravedad (Spearman  $p > 0,45$ ). Tampoco se observaron diferencias significativas entre grupos leves respecto de los

moderados/graves con la prueba U de Mann-Whitney ni utilidad pronóstica en regresiones logísticas (OR - 1;  $p > 0,16$ ). La calificación “amilasa-PCR 72” registró un AUC de 0,631 (IC95%, 0,520-0,743;  $p = 0,021$ ), con sensibilidad de 47,3% y especificidad de 76,9%. En el modelo ajustado se vinculó significativamente con pancreatitis leve (OR 2,94; IC95%, 1,27-6,79;  $p = 0,012$ ), con buena calibración (Hosmer-Lemeshow,  $p = 0,165$ ) y capacidad de clasificación global del 64,9%.

**Conclusiones:** La amilasa y lipasa aisladas no son útiles como predictores de gravedad en PA. No obstante, un modelo combinado que evalúe su reducción junto con valores de PCR mostró utilidad para identificar formas leves de PA. La calificación “amilasa-PCR 72” representa una herramienta clínica de bajo costo, fácil aplicación y con potencial valor pronóstico complementario, especialmente útil en decisiones sobre alta hospitalaria o seguimiento ambulatorio. Se requiere validación externa para confirmar estos hallazgos.

**Financiamiento:** La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias de los sectores público o comercial ni de entidades sin ánimo de lucro.

Tabla 1. Características demográficas y etiológicas de los pacientes con pancreatitis aguda (n = 263). (Mar315)

Variable	Valor
Edad (años)	40 $\pm$ 16
Sexo	Femenino: 169 (64,3%) Masculino: 94 (35,7%)
Días de estancia hospitalaria	5,80 $\pm$ 5,46
Alcoholismo	70 (33%)
Tabaquismo	64 (28,1%)
Etiología	
- Biliar	217 (82,5%)
- Triglicéridos	26 (9,9%)
- Alcohol	13 (4,9%)
- Otra	7 (2,7%)