



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 21 de noviembre de 2023

Endoscopia II

Mar254

EFFECTIVIDAD DE LA PREPARACIÓN COLÓNICA CON BAJO VOLUMEN Y BISACODILO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS (PREPBI): ENSAYO CLÍNICO, ALEATORIZADO, CIEGO SIMPLE

S. López-Romero, J. M. Mayorquín-Aguilar, F. J. López-Díaz, R. U. Macías-Rodríguez, A. E. Lara-Reyes, E. A. Jasso-Baltazar, A. Ruiz-Margáin, B. M. Román-Calleja, R. Barreto-Zúñiga, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El éxito diagnóstico y terapéutico de la colonoscopia depende de la calidad de la preparación intestinal. Esto es relevante en los pacientes hospitalizados que, debido a factores de riesgo como los medicamentos administrados y la inmovilidad, han mostrado dificultades en lograr una preparación intestinal adecuada. No existe evidencia concluyente sobre cuál es el mejor esquema de preparación para este tipo de pacientes, por lo cual se considera oportuno llevar a cabo este estudio.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la preparación intestinal con bajo volumen y bisacodilo en comparación con el alto volumen en pacientes hospitalizados. De manera secundaria, evaluar la tolerancia y efectos adversos relacionados con las dos preparaciones.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio clínico, aleatorizado y ciego simple en el departamento de endoscopia gastrointestinal del INCMNSZ durante el periodo de febrero de 2022 a junio de 2023. Se incluyó a todos los pacientes hospitalizados sometidos a una colonoscopia por cualquier causa y se aleatorizaron en una relación 1:1 para integrar dos grupos de estudio: preparación intestinal con alto volumen (4 L de polietilenglicol [PEG] en dosis

dividida) y bajo volumen (2 L de polietilenglicol en dosis dividida más 10 mg de bisacodilo). La calidad de la preparación colónica se evaluó con la escala de preparación intestinal de Boston (EPIB). La tolerancia y los efectos adversos se valoraron con un cuestionario previamente preparado. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y desviación estándar. El análisis estadístico se efectuó con el paquete estadístico SPSS versión 20.0 (Armonk, NY, EU). El protocolo cuenta con la aprobación de los comités de ética e investigación del instituto (Ref. 3394).

Resultados: Se incluyó a 150 pacientes en el análisis, 76 para el grupo de alto volumen y 74 para el grupo de bajo volumen más bisacodilo. En cuanto a las características sociodemográficas, condiciones médicas e indicación de colonoscopia, no se encontraron diferencias clínicamente relevantes entre los grupos. La preparación intestinal fue adecuada (EPIB ≥ 6 puntos) en el 94,5% de todos los pacientes y la calidad de la preparación colónica medida por EPIB no fue diferente en ambos grupos (92,1% vs. 91,9%, volumen alto vs. bajo, respectivamente, $p = 0,37$). La tasa total de detección de adenomas fue del 16,6%, sin mostrar una diferencia entre ambos grupos (11,8% vs. 18,9%, volumen alto vs. bajo, respectivamente; $p = 0,34$). La tolerancia o adherencia a la preparación intestinal fue $> 90\%$ en la población estudiada y se registró mayor percepción de dolor abdominal en el grupo de alto volumen respecto del de bajo volumen ($p = 0,03$). Los otros parámetros analizados (náusea, vómito y mal sabor) no mostraron diferencias entre grupos.

Conclusiones: La preparación con bajo volumen de PEG más bisacodilo fue similar a la obtenida con 4 L de PEG, con una menor presentación de efectos adversos (dolor abdominal) y representa una alternativa adecuada para pacientes hospitalizados, en términos de tolerabilidad, costos y perfil de seguridad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar255

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN COLONOSCOPIA PARA AUMENTAR LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE LYNCH

B. A. Sánchez-Jiménez, A. Hernández-Guerrero, E. M. Ramírez-Solis, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) constituye una de las neoplasias con mayor incidencia y mortalidad en México y el mundo. La mayor parte de los casos de CCR es esporádica; sin embargo, entre 10% y 30% se relacionan con variables patogénicas que elevan el riesgo. El síndrome de Lynch es la causa más común de cáncer familiar colorrectal. En estos pacientes, las colonoscopias deben practicarse con intervalos más acortados. Sin embargo, la calidad de la endoscopia se ve influida, entre otros factores, por la experiencia del endoscopista. Para superar estas limitaciones, en fecha reciente se ha estudiado el uso de la inteligencia artificial (IA) para reducir el número de lesiones premalignas no detectadas. La tasa de detección de adenomas (TDA) es uno de los factores más estudiados para evaluar la calidad de la endoscopia.

Objetivo: Evaluar la TDA, con y sin IA, en pacientes con síndrome de Lynch.

Material y métodos: Estudio de casos y controles retrospectivo con asignación 2:1. El grupo control se sometió a colonoscopia convencional y el experimental a colonoscopia con IA (CADEYE, Fujifilm). Se calculó TDA y tasa de detección de pólipos y se realizó regresión logística de factores relacionados con identificación de adenomas.

Resultados: Se incluyó a 114 pacientes, 38 asignados al grupo de colonoscopia con inteligencia artificial y 76 al grupo con colonoscopia convencional. La media de edad fue de $49,8 \pm 13,5$ años, el 61,4% (n = 70) correspondiente a mujeres. Se observó una mejoría en la TDA del 25% con el uso de IA (11,8% vs. 36,8%; IC95%, 8,73-41,79%; p = 0,0018), así como una mejoría en la TDP del 34,2% (18,4% vs. 52,6%; IC95%, 15,77%-50,70%; p = 0,0002). Los únicos factores relacionados con la detección de adenomas fueron el uso de IA (OR, 7,69; IC95%, 2,48-23,89; p < 0,001), la edad > 52 años (OR, 4,27; IC95%, 1,36-13,405; p = 0,013) y el tamaño del pólipo > 10 mm (OR, 4,33; IC95%, 1,07-17,52; p = 0,040).

Conclusiones: En este estudio se demostró una mejoría en la detección de adenomas con el uso de la IA en pacientes con síndrome de Lynch. La IA es promisoría para el seguimiento de pacientes con riesgo aumentado de CCR. Este es el segundo estudio publicado que evalúa de forma específica a estos pacientes, por lo que se requiere mayor evidencia que apoye estos resultados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Mar256

TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO A PARTIR DEL CAMBIO EN LA RECOMENDACIÓN DE EDAD DE INICIO EMITIDA POR EL EQUIPO DE TRABAJO DE SERVICIOS PREVENTIVOS DE ESTADOS UNIDOS (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, USPSTF)

I. Gutiérrez-Lozano, J. A. Ruiz-Manríquez, E. Jasso-Baltazar, D. Aguirre-Villarreal, L. E. Zamora-Nava, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En fecha reciente se ha registrado un incremento de la incidencia de cáncer colorrectal (CCR) en la población joven. Se calcula que el 10% de los casos de CCR se diagnostica en una pobla-

ción menor de 50 años. El 18 de mayo del 2021, el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, U.S. Preventive Services Task Force) emitió una declaración en la que se recomienda que el tamizaje de CCR inicie a los 45 años. Sin embargo, esta recomendación no se ha validado en México.

Objetivo: Determinar la tendencia de uso de las pruebas de tamizaje de cáncer de colon mediante el análisis inmunológico fecal (FIT, *fecal immunochemical test*) o colonoscopia en pacientes de 45 a 49 años en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) a partir de junio del 2021.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el INCMNSZ. Se incluyó a pacientes de 45 a 49 años sometidos a una primera prueba FIT entre junio del 2021 y mayo del 2023. Se tomaron como positivas las pruebas FIT con resultado > 20 µg Hb/g. Se excluyó a los individuos en quienes la indicación de la prueba FIT no fuera el tamizaje de CCR. Por otro lado, se revisaron las colonoscopias de tamizaje de CCR efectuadas a partir de enero del 2022. Se analizaron los hallazgos endoscópicos de estas dos poblaciones.

Resultados: Entre junio del 2021 y mayo del 2023 se realizó un total de 11.976 pruebas FIT, de las cuales 714 resultaron positivas (5,9%). De éstas, 484 correspondían a pacientes de 45 a 49 años y se incluyeron en el estudio. Se excluyó a 97 sujetos con expedientes incompletos o con una indicación de FIT distinta del tamizaje de CCR, para integrar una muestra de 387 pacientes. Doce pruebas FIT resultaron positivas (3,1%) y se realizó colonoscopia en ocho casos (Fig. 1).

Por otro lado, entre el 1 de enero del 2022 y el 5 de julio del 2023 se practicaron 888 colonoscopias de tamizaje de CCR, 34 de ellas en pacientes de 45 a 49 años. Se descartó a los individuos con síndromes genéticos vinculados con CCR o antecedente de neoplasias gastrointestinales, para un número final de 25 casos. De éstos, 15 tuvieron un estudio endoscópico normal, tres tenían lesiones incipientes y el resto mostró afecciones no neoplásicas.

Conclusiones: A partir de la aparición de la recomendación de la USPSTF de reducir la edad de tamizaje de CCR se incrementó la frecuencia de solicitudes de pruebas FIT en la población de 45 a 49 años. En los dos años anteriores a dicha publicación se solicitaron tan sólo 157 pruebas FIT en este intervalo de edad, mientras que en los dos años posteriores a ella se solicitaron 484. Por otro lado, el porcentaje de positividad de pruebas FIT en esta población fue menor en comparación con el de la población mayor de 50 años (3,1 vs. 5%). En los pacientes con prueba FIT positiva y sometidos a colonoscopia fue relativamente frecuente identificar hallazgos endoscópicos patológicos, los más frecuentes de los cuales fueron las lesiones neoplásicas incipientes, aunque no se reconocieron casos de cáncer de colon. Por otro lado, la frecuencia de hallazgos patológicos en pacientes con colonoscopia como estudio inicial de tamizaje de CCR fue alta (40%), lo cual podría representar un sesgo de muestreo, ya que los estudios endoscópicos suelen solicitarse en pacientes que tienen algún dato clínico que requiere un estudio de visualización directa del colon. En estos casos, el hallazgo de lesiones incipientes también fue frecuente. A pesar de la falta de validación en la población de estudio, el tamizaje de CCR en la población menor de 50 años es cada vez mayor. Sin embargo, la tasa de positividad de pruebas FIT en este intervalo de edad es baja.

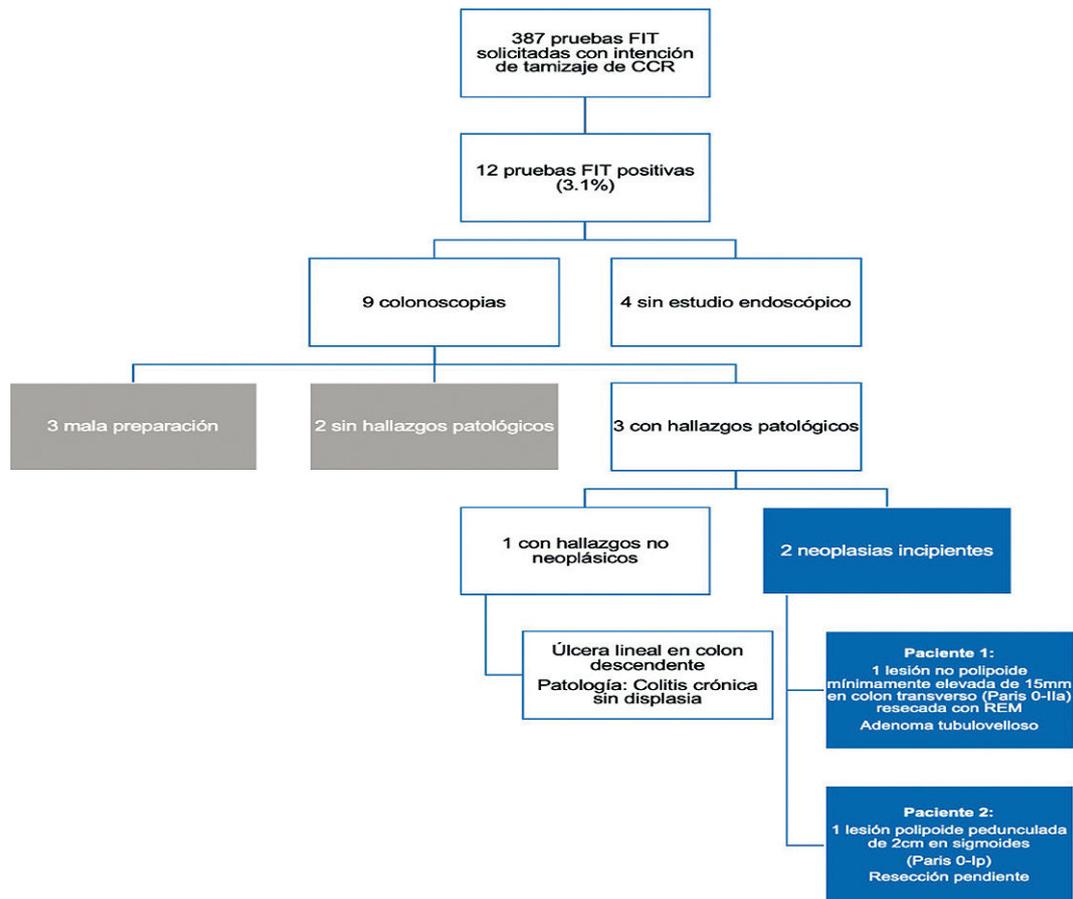
Financiamiento: Este trabajo no requirió financiamiento.

Mar257

PREDICTORES DE FRACASO CLÍNICO TEMPRANO (< 4 SEMANAS) DE SEMS DESCUBIERTOS EN LA OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICA MALIGNA

A. I. Hernández-Guerrero, B. A. Sánchez-Jiménez, W. D. Torrecilla-Ramírez, Instituto Nacional de Cancerología

Figura 1. FIT, prueba inmunoquímica fecal; CCR, cáncer colorrectal; REM, resección endoscópica de la mucosa. (Mar256)



Introducción: La obstrucción maligna del tracto de salida gástrico (OMTSG) se caracteriza por la obstrucción mecánica en la región pilórica o duodenal, secundaria a infiltración directa o compresión neoplásica. Es recomendable usar SEMS (*self-expanding metallic stent*) enterales en pacientes con un mal estado funcional, con una expectativa de vida corta. En la actualidad no son claros los factores relacionados con el éxito clínico de los SEMS duodenales a corto plazo, por lo que se requiere mayor evidencia que apoye su empleo en pacientes con una expectativa de vida corta.

Objetivo: Identificar los factores vinculados con fracaso clínico temprano (< 4 semanas) de los U-SEMS en la OMTSG y también registrar la tasa general de éxito técnico y éxito clínico (definido como GOOSS de 2-3 a las cuatro semanas de la colocación del SEMS).

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en un nivel de atención terciario (Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México), en el que se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de OMTSG. Se utilizaron U-SEMS en todos los pacientes. Para evaluar los resultados clínicos se usó la escala GOOSS: si el paciente registró una puntuación de 2-3 tras la colocación del SEMS se definió como éxito clínico.

Resultados: Se revisó un total de 109 expedientes electrónicos de pacientes con OMTSG, que recibieron tratamiento endoscópico con colocación de SEMS descubiertos, de los cuales 68 cumplieron con los criterios de inclusión. Se identificó que el antecedente de quimioterapia al momento de la colocación del SEMS se vinculó con éxito clínico (OR, 0,041; IC95%, 0,004-0,42; p = 0,008). La metástasis también

se relacionó con éxito clínico (OR, 0,194; IC95%, 0,039-0,951; p = 0,043). El antecedente de ascitis (OR, 4,059; IC95%, 0,565-29,140; p = 0,164) y carcinomatosis peritoneal (OR, 3,034; IC95%, 0,521-17,656; p = 0,217) no reveló diferencia estadísticamente significativa (Tabla 1). El éxito técnico se logró en todos los pacientes; el éxito clínico, definido como GOOSS de 2-3 a las cuatro semanas se logró en el 76,5% (n = 52).

Tabla 1. Factores relacionados con fracaso clínico temprano (< 4 sem) de SEMS duodenales a las cuatro semanas. (Mar257)

Variable	OR	p
Quimioterapia (sí)	0,041 (0,004-0,428)	0,008
Ascitis (sí)	4,059 (0,565-29,140)	0,164
Carcinomatosis (sí)	3,034 (0,521-17,656)	0,217
Metástasis (sí)	0,194 (0,039-0,951)	0,043

Conclusiones: La carcinomatosis peritoneal y la ascitis no se vincularon de forma significativa con mayor fracaso del SEMS a las cuatro semanas de su colocación. El tratamiento con quimioterapia al momento de la colocación de SEMS duodenales en pacientes con OMTSG se acompaña de mayor éxito clínico a las cuatro semanas luego de su colocación.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.