



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Martes 19 de noviembre de 2024

### Páncreas y vías biliares

Mar295

#### COMPOSICIÓN CORPORAL POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PARA EL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE SARCOPENIA Y OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA

G. Rosales-Sotomayor, F. Ríos-Olais, F. Gil-López, J. A. Cienfuegos-Alvear, A. Gabutti, P. Alarcón-Murra, J. Hernández-Calleros, L. F. Uscanga-Domínguez, M. Peñalé-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La pancreatitis crónica se relaciona con sarcopenia y osteoporosis. La precisión diagnóstica de los métodos actuales para evaluar tales complicaciones no es óptima y a menudo requiere múltiples técnicas. La tomografía computarizada (TC) permite evaluar la composición corporal y cuantificar la sarcopenia al utilizar la masa muscular del cuerpo vertebral L3, la grasa subcutánea y la grasa visceral. La densidad mineral ósea (DMO) se puede determinar al medir la atenuación trabecular del cuerpo vertebral L1 (VBTA).

**Objetivo:** Evaluar la presencia de sarcopenia y DMO en la pancreatitis crónica mediante la evaluación de la composición corporal por tomografía computarizada, dado que se desconoce el rendimiento del índice del músculo esquelético (SMI) y la correlación entre las UH de L1 y la DMO de cadera en la pancreatitis crónica.

**Material y métodos:** Este es un estudio retrospectivo de un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México realizado del 1 de enero de 2018 al 1 de noviembre de 2023 que evaluó a pacientes con pancreatitis crónica sometidos a una tomografía computarizada a nivel de L3 y L1. Con

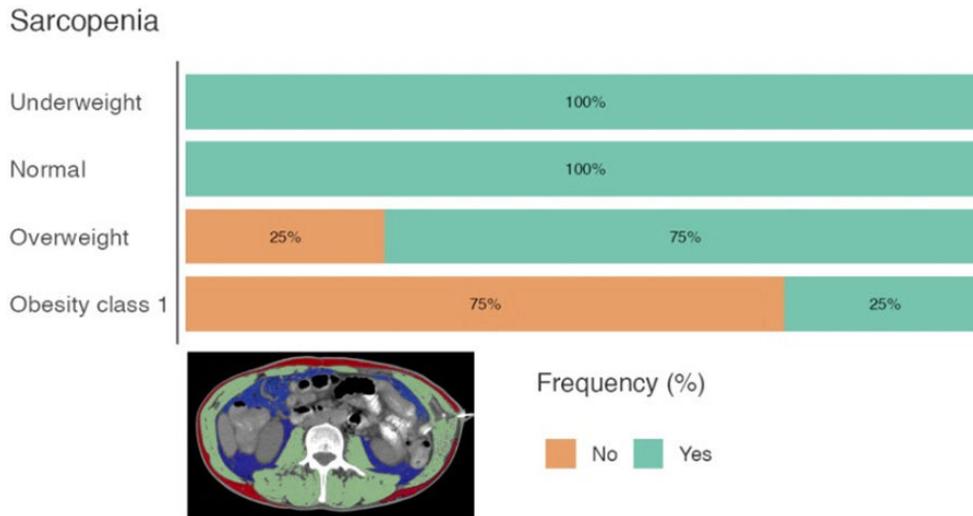
el programa HorosTM (versión 3.3.6; Proyecto Horos) se cuantificaron las áreas del músculo esquelético, la grasa visceral y la grasa subcutánea (medidas en  $\text{cm}^2$ ) a partir de un corte axial al nivel del cuerpo vertebral L3 con uso de los umbrales de unidades Hounsfield (HU) establecidos para cada tejido específico. Estas medidas se indexaron por altura y se informaron en  $\text{cm}^2/\text{m}^2$ . También se registró el VBTA L1 medio (cuantificado en HU). Una masa muscular baja se definió como un índice de músculo esquelético (SMI)  $< 55 \text{ cm}^2/\text{m}^2$  en hombres y  $< 39 \text{ cm}^2/\text{m}^2$  en mujeres. Se exploró la correlación entre las UH de L1 y la DMO de cadera realizada durante el mismo periodo que la tomografía computarizada.

**Resultados:** Se incluyó a 19 pacientes. La mediana de edad al diagnóstico fue de 44,5 años (DE 20,3), con 55,6% de hombres. El IMC medio fue de  $23,9 \text{ kg}/\text{m}^2$  (RIC, 16,1-34,1) y la causa más frecuente fue la idiopática (38,9%), seguida de la pancreatitis recurrente (27,8%). La prevalencia de insuficiencia pancreática exocrina fue del 94,4%; la prevalencia de sarcopenia, diagnosticada mediante el índice de músculo esquelético (SMI), fue del 77,8% (Figura 1). La osteoporosis se reconoció en el 22,2% de los pacientes, mientras que la osteopenia se observó en el 22,2%. Ocho pacientes se sometieron a densitometría ósea durante el mismo periodo que la tomografía computarizada. La correlación de HU en L1 en comparación con los resultados de la densitometría fue más sólida con la puntuación T espinal (coeficiente de correlación de Pearson de 0,816).

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que es factible la evaluación simultánea de la sarcopenia a través del SMI-L3 y la identificación de individuos con DMO reducida a través de la atenuación trabecular del cuerpo vertebral L1. La sarcopenia y la osteoporosis son frecuentes en la pancreatitis crónica y pueden identificarse en un solo estudio (TC), lo que evita así múltiples pruebas y reduce los costos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

Figura 1. Prevalencia de sarcopenia (SMI < 55 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> en hombres y < 39 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> en mujeres) clasificada de acuerdo con el IMC. (Mar295)



## Mar296

### COEXISTENCIA DE PANCREATITIS CRÓNICA Y CIRROSIS: ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

C. S. Tinitana-Jumbo, K. Cazarín-Chávez, S. A. Vera-Nungaray, M. Motola-Kuba, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El espectro de las enfermedades relacionadas con el alcohol es amplio, desde muy frecuentes como la cirrosis por alcohol hasta las menos comunes y raras como la pancreatitis crónica (PC). Además de ser infrecuentes, las manifestaciones clínicas de la pancreatitis crónica no son específicas de forma inicial, lo que se relaciona con una etapa avanzada de la enfermedad en el momento del diagnóstico. La coexistencia en un mismo paciente de estas dos alteraciones determina un mayor efecto en su morbilidad y mortalidad; de ahí la importancia de notificar esta relación.

**Objetivo:** Informar la coexistencia de cirrosis en un grupo de pacientes diagnosticados con pancreatitis crónica por alcohol.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica en el servicio de gastroenterología, en quienes se realizó la búsqueda dirigida de cirrosis, en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo de las características clínicas de pacientes diagnosticados con pancreatitis crónica durante un año en la consulta externa. Para las variables cualitativas se emplearon porcentajes y para las cuantitativas media y desviación estándar.

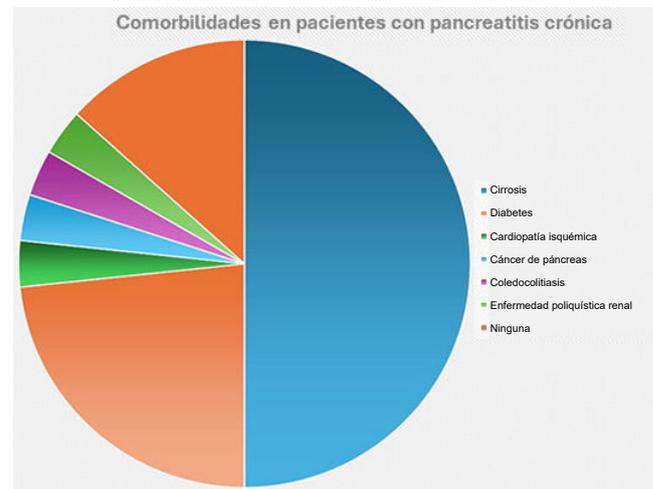
**Resultados:** Se incluyó a 30 pacientes (45,16 ± 13,20 años, 70% de hombres). La causa tóxico-metabólica se reconoció en 66,66% de casos y el alcohol fue el agente relacionado en 63,33%, con una edad de inicio del consumo en promedio de 18,17 ± 9,58 años y una cantidad de 232,2 ± 122,39 g de etanol. Las principales manifestaciones clínicas de pancreatitis crónica fueron un nuevo episodio de pancreatitis aguda recurrente en 30%, flatulencia en 23,3% y diarrea crónica en 16,6%. En cuanto al tratamiento, 36,6% de los pacientes satisfizo criterios de insuficiencia pancreática exocrina que exigió control con enzimas pancreáticas. Con respecto a las comorbilidades, la cirrosis por alcohol se identificó en 50% de los pacientes, seguida de la diabetes en 23,3% de casos (Figura 1).

**Conclusiones:** El consumo de alcohol es factor de riesgo importante para cirrosis y el principal en la pancreatitis crónica. A pesar de que las publicaciones médicas mencionan al dolor como la principal manifestación clínica de pancreatitis crónica, en esta serie de casos no se ha confirmado dicha afirmación; al contrario, el dolor es mínimo en los pacientes estudiados. Por último, destaca la elevada prevalencia de la cirrosis en pacientes diagnosticados al principio con pancreatitis crónica, si se toma en cuenta el efecto nutricional que esta afección conlleva *per se* y a su vez el efecto que tiene la desnutrición en un paciente con cirrosis; en consecuencia, es esencial

estudiar de forma observacional y prospectiva a los pacientes con esta relación patológica.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento para este trabajo.

Figura 1. Comorbilidades en pacientes con pancreatitis crónica. (Mar296)



## Mar297

### IMPACTO DEL SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA TRANSITORIO VS. PERSISTENTE EN LOS DESENLACES DE LA PANCREATITIS AGUDA

A. Pereira-García, P. Rodríguez-García, J. Hernández-Calleros, L. F. Usanga-Dominguez, M. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es una de las alteraciones más comunes en la práctica médica en gastroenterología, en relación con una morbimortalidad sustancial. Debido a su curso impredecible y complejo se han diseñado múltiples puntuaciones de gravedad y mortalidad. Aunque las guías actuales sugieren vigilar el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) al ingreso para prevenir complicaciones graves, el efecto específico del SRIS transitorio (< 48 h) respecto del persistente (> 48 h) en los desenlaces clínicos y locales no se ha estudiado de manera amplia.

**Objetivo:** Investigar el papel del SRIS transitorio en comparación con el persistente en los resultados de la pancreatitis aguda.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de expedientes clínicos de pacientes admitidos por primera vez con el diagnóstico de pancreatitis aguda en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán entre los años 2018 y 2023. Se registraron datos clínicos, bioquímicos y radiológicos y la gravedad de la pancreatitis aguda se clasificó según la clasificación revisada de Atlanta.

**Resultados:** De 215 pacientes (59,1% de mujeres; edad media de 52,7 ± 19,51 años). El 42,3% presentó PA leve, el 38,1% moderadamente grave y el 19,5% grave. Las causas más comunes fueron la biliar en el 55,8%, la alcohólica en 3,7% y la idiopática en 17,2%. El SRIS se observó en el 61,4% de los casos dentro de las primeras 48 horas y fue más frecuente en formas moderadamente graves (48,8%) y leves (35,2%) que en las graves (19%; p = 0,007). El SRIS persistente fue predominante en la PA grave (64,3%; p < 0,001). No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de falla orgánica (FO) y complicaciones entre los grupos con SRIS transitorio (p = 0,073). La FO persistente, complicaciones locales, necrosis, complicaciones infecciosas, necesidad de apoyo nutricional, estancia hospitalaria prolongada y mortalidad fueron más comunes en el SRIS persistente. Este último tenía significativamente más probabilidades de desarrollar cualquier complicación local (OR 4,25; IC95%, 2,22-8,29; p < 0,001), infecciones (OR 8,89; IC95%, 4,04-19,52; p < 0,001), falla orgánica (OR 4,16; IC95%, 2,14-8,08; p < 0,001) y mortalidad (OR 12,52; IC95%, 2,51-62,39; p = 0,001). Véase la **Tabla 1**. El SRIS en fases tardías de la pancreatitis aguda (> 2 semanas después del ingreso) no se vinculó con un aumento de la incidencia de falla orgánica, complicaciones locales ni mortalidad (p = NS).

**Conclusiones:** El SRIS persistente temprano se relaciona con formas graves de PA, mayor mortalidad, tasa de infecciones y complicaciones locales, mayor necesidad de apoyo nutricional y estancia hospitalaria prolongada. El SRIS transitorio y en fase tardía de la PA no se acompaña de la gravedad de los resultados adversos. La duración y el tiempo de aparición, más que la presencia sola del SRIS, tienen un efecto significativo en los resultados de la PA.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Mar298

### DETECCIÓN DE IMÁGENES DE FLUJO (DFI) GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO: UNA NUEVA TÉCNICA DE IMAGEN AVANZADA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES SÓLIDOS DE PÁNCREAS

J. Iglesias-García, A. I. Tornel-Avelar, Y. Domínguez-Novoa, J. Lariño-Noia, X. Martínez-Seara, J. E. Domínguez-Muñoz, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

**Introducción:** El diagnóstico diferencial de los tumores sólidos de páncreas es un desafío clínico. El desarrollo de técnicas de imagen avanzada relacionadas con el ultrasonido endoscópico (USE), como la elastografía y el uso de contraste, ha supuesto un paso adelante en este contexto. La detección de imágenes de flujo guiadas por USE (USE-DFI) es una tecnología muy reciente que permite

la evaluación de la microvascularización y el flujo sanguíneo a baja velocidad sin necesidad de administrar agentes de contraste.

**Objetivo:** Evaluar y comparar los hallazgos obtenidos mediante USE-DFI y USE con contraste en la caracterización de tumores sólidos de páncreas.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, España. Se incluyó a pacientes sometidos a USE para la evaluación de tumores sólidos de páncreas. Los procedimientos se realizaron con un ecoendoscopio lineal (Fujifilm 740UT) acoplado al sistema de ultrasonido Arietta 850. Se utilizó SonoVue como agente de contraste. En todos los casos se realizó una evaluación vascular con ambos métodos (DFI y contraste) y las lesiones se caracterizaron según el patrón de vascularización (hipervascular, isovascular e hipovascular). El diagnóstico final se basó en la histología después de una biopsia guiada por USE. Las variables numéricas se presentan como porcentajes y media ± desviación estándar (IC95%). La concordancia entre los métodos de USE-DFI y USE con contraste se evaluó con el coeficiente kappa.

**Resultados:** Se incluyó a 106 pacientes (edad media, 67,9 años; intervalo, 24-88, 48 hombres). El tamaño medio del tumor fue de 28,4 ± 16,2 mm. Hasta 50 (47,4%) lesiones se localizaron en la cabeza del páncreas, 32 (30%) en el cuerpo, 19 (17,9%) en la cola y 5 (4,7%) en el proceso uncinado. El diagnóstico final fue adenocarcinoma en 63 pacientes (59,4%), tumor neuroendocrino en 30 (28,3%), masa inflamatoria en 7 (6,6%), carcinoma de células escamosas de páncreas en 2 (1,9%), cáncer de células acinares en 1 (0,9%), bazo accesorio en 1 (0,9%) y lipoma en 2 (1,9%). Todos los adenocarcinomas y carcinomas de células escamosas fueron hipovasculares. Las masas inflamatorias fueron isovasculares. El cáncer de células acinares, el bazo accesorio y el lipoma fueron hipervasculares. Estas características vasculares se observaron tanto en USE-DFI como en USE con contraste. Los 30 tumores neuroendocrinos fueron hipervasculares en USE con contraste y 28 de ellos (93%) también lo fueron en USE-DFI (**Tabla 1**). Se encontró un coeficiente kappa de 0,963 (error estándar = 0,26; p < 0,001), lo que indica una buena concordancia entre ambos métodos.

**Tabla 1.** Patrón vascular de los tumores sólidos de páncreas mediante detección de imágenes de flujo (DFI) guiado por ultrasonido endoscópico (USE) y USE con contraste. (Mar298)

Histología (n = 106)	USE con contraste	USE-DFI
Adenocarcinoma (63)	Hipovascular (63)	Hipovascular (63)
Masa inflamatoria (7)	Isovascular (7)	Isovascular (7)
Carcinoma de células escamosas del páncreas (2)	Hipovascular (2)	Hipovascular (2)
Cáncer de células acinares (1)	Hipervascular (1)	Hipervascular (1)
Lipoma (2)	Hipervascular (2)	Hipervascular (2)
Bazo accesorio (1)	Hipervascular (1)	Hipervascular (1)
Tumor neuroendocrino (30)	Hipervasculares (30)	Hipervascular (28) Hipovascular (2)

**Tabla 1.** Relación entre la duración del SRIS y los desenlaces de la pancreatitis aguda. (Mar297)

Complicaciones locales	Sin SRIS (n = 83)	SIRS transitorio (n = 80)	SRIS persistente (n = 52)	Valor de p	OR univariado (IC95%)	Valor de p
Complicaciones locales, total, n (%)	12 (14,5)	27 (33,8)	30 (57,7)	< 0,001	4,35 (2,25-8,37)	< 0,001
Colección líquida aguda pancreática, n (%)	8 (9,6)	11 (13,8)	15 (28,8)	0,014	3,07 (1,43-6,62)	0,008
Colección necrótica aguda, n (%)	1 (1,2)	3 (3,8)	15 (28,8)	< 0,001	16,12 (5,05-51,38)	< 0,001
Seudoquistes pancreáticos, n (%)	2 (2,4)	8 (10)	8 (15,4)	0,024	2,78 (1,04-7,47)	0,046
Necrosis pancreática encapsulada, n (%)	1 (1,2)	5 (6,3)	9 (17,3)	0,002	5,48 (1,85-16,24)	0,002
<b>Desenlaces</b>						
Días en unidad de terapia intensiva (UTI), media (± SD)	3 (± 1,4)	4,4 (± 3,3)	6,9 (± 7,5)	0,449	-	-
Infecciones, n (%)	22 (26,5)	35 (43,8)	43 (82,7)	< 0,001	8,89 (4,04-19,52)	< 0,001
Días de hospitalización, media (± SD)	8,1 (± 7,1)	10,1 (± 9,3)	23,7 (± 23,9)	< 0,001	-	-
Nutrición parenteral, n (%)	3 (3,6)	5 (6,25)	8 (15,4)	0,040	3,52 (1,25-9,92)	0,028
Falla orgánica, n (%)	23 (27,7)	31 (38,8)	35 (67,3)	< 0,001	4,16 (2,14-8,08)	< 0,001
Mortalidad, n (%)	1 (1,2)	1 (1,3)	7 (13,5)	0,001	12,52 (2,51-62,39)	0,001

**Conclusiones:** El USE con DFI permite evaluar el patrón de microvascularización de los tumores sólidos de páncreas con una precisión equiparable a la del USE con contraste, sin la necesidad de emplear agentes de contraste.

**Financiamiento:** Beca de perfeccionamiento en el extranjero otorgada por la AMG 2023.

Mar299

## DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

N. N. Parra-Holguín, M. M. Alamilla-Pérez, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La pancreatitis crónica es un síndrome fibroinflamatorio del páncreas, con un efecto en la calidad de vida, ya que produce síntomas crónicos como dolor abdominal y diarrea crónica. Las tasas de incidencia anuales notificadas en el mundo varían de 5 a 14 por 100 000 personas, con una prevalencia aproximada de 30 a 50 por 100 000 personas. La prevalencia de pancreatitis crónica aumenta con la edad y el grupo de edad más afectado es el de 51 a 58 años. En México no se dispone de estadísticas sobre este padecimiento.

**Objetivo:** Describir las características y desenlaces clínicos a largo plazo de los pacientes con diagnóstico confirmado de pancreatitis crónica en un centro de tercer nivel.

**Material y métodos:** Es un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a todos los pacientes adultos con diagnóstico confirmado de pancreatitis crónica

entre los años de 2010 y 2024. El diagnóstico confirmatorio se estableció con base en los síntomas clínicos, estudios de imagen que demostraran calcificaciones pancreáticas, irregularidad ductal con o sin atrofia pancreática o biopsia pancreática.

**Resultados:** Participó un total de 31 pacientes, de los cuales 12 (38,7%) fueron hombres y 19 (61,3%) mujeres; las causas identificadas más frecuentes fueron: consumo de alcohol en 10 (20,3%), hipertrigliceridemia en 7 (22,6%), biliar en 5 (16,1%), idiopática en 5 (16,1%), autoinmunitaria en 3 (9,7) y páncreas dividido en 1 (3,2%). El promedio de evolución desde el diagnóstico fue de 6 (2-15) años y la forma para determinar el diagnóstico fueron el estudio de imagen (tomografía computarizada/resonancia magnética/ultrasonido endoscópico) en 26 (83,9%) y la biopsia en 5 (16,1%). Los síntomas clínicos que muestran en la actualidad son: dolor abdominal en 5 (25,8%), diarrea crónica en 18 (58,1%), náusea y vómito en 9 (29,0%) e hiporexia en 8 (25,8%). En 4 (12,9%) fue necesaria la operación como tratamiento, en dos casos cirugía de Puestow, en uno el procedimiento de Whipple y en uno la pancreatectomía distal. Como tratamiento médico, 6 (19,4%) se encuentran con analgésicos convencionales, sin necesidad de administrar opioides. Como complicaciones, 4 (12,9%) desarrollaron cáncer de páncreas, 11 (35,5%) diabetes y 18 (58,1%) insuficiencia pancreática exocrina.

**Conclusiones:** Es importante conocer la evolución clínica de esta afección en la población para identificar las comorbilidades de manera oportuna. En este estudio, la frecuencia fue mayor en mujeres, pero en años previos se había registrado una incidencia mayor en hombres relacionada con el consumo de alcohol como principal causa, con un porcentaje menor de uso de analgésicos para el control de los síntomas (19,4% vs. 29,4) y con porcentajes similares de procedimientos quirúrgicos (12,9% vs. 13,2%) comparados con el resto del mundo.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.