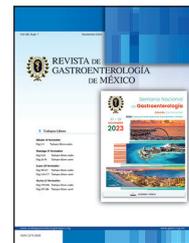




# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 21 de noviembre de 2023

### Neurogastro II

Mar258

#### NUEVAS HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS EN ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: INTEGRAL CONTRÁCTIL DE LA UNIÓN ESOFAGO-GÁSTRICA E IMPEDANCIA BASAL MEDIA NOCTURNA

G. Morales-Osorio, A. I. Quesada-Tortoriello, P. Gálvez-Castillejos, Y. Zamorano-Orozco, J. A. Villar-Tapia, C. I. Blanco-Vela, L. V. Fuentes-Ernult, J. E. Suárez-Morán, Hospital Español

**Introducción:** Dentro del espectro de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) existen zonas grises y en algunos casos diagnósticos no concluyentes, para lo cual han aparecido nuevas herramientas. La impedancia basal media nocturna (IBMN) evalúa la integridad de la mucosa; un valor bajo indica daño. Una anomalía fundamental de la ERGE es el deterioro de la unión esofagogástrica (UEG) como barrera antirreflujo; se dispone de una métrica que mide su fuerza, la llamba integral contráctil de la UEG (EGJ-CI).

**Objetivo:** Notificar los valores de la IBMN y la EGJ-CI en pacientes con ERGE, evaluar el rendimiento diagnóstico y correlacionar sus valores con los fenotipos de ERGE.

**Material y métodos:** Se realizó de manera retrospectiva un estudio descriptivo de enero de 2022 a abril de 2023, con una población de estudio integrada por 86 pacientes con síntomas de ERGE sometidos a manometría esofágica de alta resolución e impedancia/pH-metría. La muestra se dividió en pacientes con ERGE e individuos con hipersensibilidad al reflujo (HR). Se realizó estadística descriptiva; las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar (DE) y las categóricas como porcentajes. Se realizó la prueba t de Student para la comparación de medias,  $\chi^2$  para la

comparación entre grupos y las correlaciones con prueba de Spearman; se consideró estadísticamente significativo un valor  $p < 0,005$ . **Resultados:** Del total de la población, 51 (59,3%) fueron mujeres, con fenotipo de ERGE en 25 (29,1%) y 61 (70,9%) con HR. La estadística descriptiva se expresó con media y DE comparativa entre grupos (Tabla 1). Se calcularon las relaciones con pruebas de  $\chi^2$  y exacta de Fisher; las variables que demostraron relación estadísticamente significativa fueron: índice de síntomas (IS) por pH en ERGE presente en 84% (n = 21/25; OR, 0,19; IC, 0,06-0,64;  $p = 0,007$ ), en comparación con HR (OR, 5,08; IC, 1,55-16,55;  $p = 0,007$ ), probabilidad de asociación de síntomas (PAS) por pH en ERGE en 92% (n = 23/25; OR, 0,19; IC, 0,04-0,89;  $p < 0,027$ ) respecto de PAS por pH en HR en 50,81% (n = 31/61; OR, 1,33; IC 1,08-1,64;  $p = 0,027$ ). Las correlaciones se efectuaron con prueba de Pearson; correlación inversa entre la edad y el valor de IBMN  $r^2 = -0,251$  ( $p < 0,020$ ), la talla  $r^2 = -0,329$  ( $p < 0,002$ ) y el tiempo de exposición al ácido (TEA)  $r^2 = 0,261$  ( $p < 0,0015$ ). Correlación negativa entre peso e IBMN  $r^2 = 0,397$  ( $p < 0,009$ ) y número de reflujo  $r^2 = 0,449$  ( $p < 0,003$ ). El índice de masa corporal (IMC) tuvo correlación inversa con IBMN  $r^2 = 0,414$  ( $p < 0,005$ ) y número de reflujo  $r^2 = 0,455$  ( $p < 0,002$ ). Número de reflujo con correlación negativa entre la IBMN  $r^2 = 0,240$  ( $p < 0,025$ ), el IMC  $r^2 = 0,455$  ( $p < 0,002$ ) y el TEA  $r^2 = 0,822$  ( $p < 0,000$ ). TEA con correlación inversa con IBMN  $r^2 = 0,324$  ( $p < 0,002$ ) y edad  $r^2 = 0,261$  ( $p < 0,015$ ).

**Conclusiones:** De acuerdo con los resultados obtenidos, la IBMN  $< 1930 \Omega$  y la EGJ-CI  $< 24,51$  mmHg.cm pueden usarse para diferenciar a pacientes con ERGE de trastornos funcionales esofágicos, sobre todo en casos en los que los parámetros establecidos con anterioridad no son concluyentes. Sin embargo, se sugiere aumentar la muestra a fin de estandarizar los resultados.

**Financiamiento:** No se requirió financiamiento.

**Tabla 1.** Estadística descriptiva. (Mar258)

	ERGE, n = 25	HR, n = 61
Género	Mujer 15 (60%) Hombre 10 (40%)	Mujer 36 (59,01%) Hombre 25 (40,98%)
Edad	52,24 ± 16,63	46,34 ± 15,71
Peso	76,45 ± 19,43	68,34 ± 15,11
Talla	1,64 ± 0,10	1,63 ± 0,10
IMC	28,99 ± 6,52	25,16 ± 3,52
Número de reflujos	144,08 ± 152,14	53,97 ± 44
TEA	13,30 ± 13,46	2,89 ± 4,04
Composición física	Líquido 3 (12%) Gaseoso 22 (88%)	Líquido 24 (39,34%) Mixto 1 (1,63%) Gaseoso 36 (59,01%)
Composición química	Ácido 17 (68%) No ácido 8 (32%)	Ácido 28 (45,9%) No ácido 33 (54,09%)
Alcance proximal	84%	78,68%
EGJ-CI	24,51 ± 19,66	32,99 ± 20,64
UEG	I 3 (12%) II 4 (16%) III 18 (72%)	I 32 (52,45%) II 14 (22,95%) III 15 (24,59%)
Motilidad	Normal 18 (72%) Inefectiva 7 (28%)	Normal 42 (68,85%) Inefectiva 19 (31,14%)
Reserva peristáltica	Presente 11 (44%) Ausente 14 (56%)	Presente 22 (36,06%) Ausente 39 (63,93%)
IBMN	1930,12 ± 1185,49	2813,67 ± 1232,96

IMC, índice de masa corporal; TEA, tiempo de exposición al ácido; EGJ-CI, integral contráctil de la unión esofagogástrica; UEG, unión esofagogástrica; IBMN, impedancia basal media nocturna.

## Mar259

### EFFECTO DE AMITRIPTILINA EN LA INTEGRAL DE CONTRACCIÓN DISTAL EN PACIENTES MEXICANOS CON ESÓFAGO HIPERCONTRÁCTIL

J. A. Garay-Ortega, N. X. Ortiz-Olvera, Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Introducción:** Los agentes antidepresivos tricíclicos, ahora llamados neuromoduladores, han demostrado ser un tratamiento eficaz y seguro para pacientes con trastornos de la motilidad esofágica. Sin embargo, existen pocos protocolos clínicos enfocados en estudiar el efecto de los agentes neuromoduladores en pacientes con esófago hipercontráctil.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la amitriptilina sobre la integral de contracción distal (ICD) del cuerpo esofágico de pacientes mexicanos con esófago hipercontráctil.

**Material y métodos:** Estudio cuasi experimental. Se realizaron 2.303 manometrías entre marzo de 2019 y mayo de 2023. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de esófago hipercontráctil (EoH), que acudieron de manera consecutiva al servicio de gastroenterología de un centro de alta especialidad. El diagnóstico de EoH se estableció con base a los criterios de Chicago v 4.0. Los pacientes se asignaron a un grupo de tratamiento con amitriptilina durante un periodo de al menos 12 semanas, con seguimiento hasta de seis meses. Se evaluó la eficacia del tratamiento con base en la mejoría

de los síntomas (escala global de síntomas) y en la normalización o disminución de al menos una de las ICD, determinada por manometría de alta resolución a las 12 semanas de tratamiento. Todos los pacientes firmaron por escrito la carta de consentimiento informado. El protocolo recibió aprobación del comité de ética del hospital R-2022-3601-212.

**Resultados:** La prevalencia del EoH en la población de estudio fue de 0,5%. Once pacientes cumplieron con los criterios para el diagnóstico de EoH. Se incluyó en el protocolo a siete individuos (100% de mujeres, media de edad de 55,7 años [± DE 5,7]) y se excluyó a cuatro por contraindicación para la administración del fármaco. Los síntomas predominantes fueron pirosis (57%) y disfagia (43%). Se identificaron ondas de doble pico en el 28% de los pacientes y ondas de triple pico en el 4%. El resto de los parámetros manométricos se muestra en la **Tabla 1**. Cuatro pacientes (57%) normalizaron los valores de ICD, sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,56$ ). Tres pacientes (43%) persistieron con criterios para EoH (dos o más degluciones con una ICD > 8.000 mm Hg/s/cm); sin embargo, dos de estos pacientes presentaron disminución de una desviación estándar en los valores de la ICD. Hubo mejoría clínica en el 60% de la población.

**Tabla 1.** Características manométricas de la población (n = 7). (Mar259)

Parámetro manométrico	Manometría basal	Manometría postratamiento
ICD media (mmHg/s/cm)	6.999	5.696
ICD máxima (mmHg/s/cm)	9.512	9.458
DL (s)	8,6	8,5
IRP (mmHg)	11,8	6,5
Número de degluciones ICD > 8.000 mmHg/s/cm	3,1	0,8
Longitud esofágica (cm)	23,1	23,1
Presión basal EES (mmHg)	25,6	36

ICD, integral de contracción distal; DL, latencia distal; IRP, presión de relajación integrada; EES, esfínter esofágico superior.

**Conclusiones:** Este estudio de seguimiento indica que la amitriptilina puede alterar la evolución natural del EoH en el 57% de la población, con mejoría clínica y manométrica a 12 semanas de seguimiento. Es necesario incrementar el tamaño de muestra para determinar el uso de los neuromoduladores en el control del EoH.

**Financiamiento:** Protocolo autofinanciado.

## Mar260

### COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA IMPEDANCIA/PH-METRÍA Y LA IBMN ENTRE INDIVIDUOS CON SÍNTOMAS LARINGOFARÍNGEOS Y ESOFÁGICOS DE REFLUJO

G. Morales-Osorio, A. I. Quesada-Tortoriello, P. Gálvez-Castillejos, J. E. Suárez-Morán, C. I. Blanco-Vela, Hospital Español

**Introducción:** El reflujo laringofaríngeo (RLF) implica reflujo excesivo gástrico hacia la laringofaringe, pero no existe una prueba diagnóstica definitiva y se desconocen los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a los síntomas del reflujo laringofaríngeo (SRLF). La impedancia basal media nocturna (IBMN), una métrica de impedancia-pH que evalúa el deterioro de la integridad de la mucosa del esófago debido al reflujo, es útil para reconocer a individuos con

enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) respecto de los controles sanos.

**Objetivo:** Comparar los valores de impedancia-pH de pacientes con SRLF con los sujetos con síntomas mixtos (SM) y síntomas esofágicos (SE) y determinar la relación con la IBMN de sensores proximales y distales.

**Material y métodos:** Se evaluó de modo retrospectivo a 130 pacientes que acudieron por sospecha de ERGE de enero de 2021 a mayo de 2023 a dos centros de tercer nivel. Se dividieron en tres grupos: SRLF, SM y SE. Se calculó la IBMN en sensores 1, 5 y 6 y se establecieron puntos de corte de  $< 2.292$  y  $< 1.102$ . Se realizó estadística descriptiva, pruebas de ANOVA,  $\chi^2$  o exacta de Fisher para la comparación entre grupos y correlaciones con el coeficiente de Spearman.

**Resultados:** SRLF en 6,2% (n = 8), SM en 69,2% (n = 90) y SE en 24,6% (n = 32). Tras la comparación entre grupos se identificaron diferencias (p < 0,05) en el porcentaje total de tiempo en reflujo (TEA) (2,96 ± 3,22 vs. 5,09 ± 7,41 vs. 11,29 ± 16,40), tiempo en reflujo (0:38:07.50 ± 0:40:01.16 vs. 1:06:10.67 ± 1:38:00.51 vs. 2:25:05.62 ± 3:36:50.56), número de reflujo largos (1,25 ± 1,75 vs. 2,20 ± 4,61 vs. 5,81 ± 9,96), reflujo más largo (0:06:37.50 ± 0:09:06.10 vs. 0:10:40.67 ± 0:13:33.77 vs. 0:18:24.37 ± 0:19:19.53), TEA vertical (3,66 ± 3,50 vs. 5,87 ± 7,36 vs. 11,27 ± 15,38) y el TEA supino (2,05 ± 3,88 vs. 3,80 ± 8,70 vs. 11,27 ± 20,54). Se encontraron diferencias (p < 0,01) en cuanto al número de reflujo totales (60,63 ± 39,98 vs. 67,14 ± 56,10 vs. 142,66 ± 186,55), número de reflujo por hora (2,80 ± 1,86 vs. 3,11 ± 2,64 vs. 6,75 ± 8,92), número de reflujo en vertical (51,96 ± 39,83 vs. 55,52 ± 45,10 vs. 118,34 ± 163,67), DeMeester (13,36 ± 12,46 vs. 19,63 ± 26,03 vs. 45,09 ±

62,68) y probabilidad de asociación de síntomas (PAS) por impedancia (62,2 ± 51,51 vs. 89,66 ± 27,05 vs. 89,71 ± 24,68) (Tabla 1). Se estableció la proporción en los tres grupos que presentó TEA > 6 y se encontraron relaciones entre esta proporción y el TEA en vertical, TEA en supino, índice de síntomas (IS) por pH, IS por impedancia, IBMN en sensor 5 < 2.292, IBMN sensor 5 < 1.102, IBMN sensor 6 < 2.292, IBMN en sensor 6 < 1.102; p < 0,001. Se reconoció una correlación negativa entre IBMN en el sensor 1 y TEA vertical r2 = - 0,199, IS por pH r2 = - 0,222, y PAS por impedancia r2 = - 0,184; p < 0,05. El sensor 5 presentó correlación negativa (p < 0,001) con tiempo en reflujo total r2 = - 0,403, número de reflujo totales r2 = - 0,409, número de reflujo por hora r2 = - 0,400, TEA total r2 = - 0,400, número de reflujo largos r2 = - 0,345, reflujo más largo r2 = - 0,322, TEA vertical r2 = - 0,383, número de reflujo vertical r2 = - 0,370, TEA supino r2 = - 0,340, número de reflujo supino r2 = - 0,271, DeMeester r2 = - 0,381, IS por pH r2 = - 0,355 y el IS por impedancia r2 = - 0,339. La IBMN sensor 6 tuvo una correlación negativa con edad r2 = - 0,191 y PAS pH- 0,185; p < 0,05. También con tiempo en reflujo total r2 = - 0,457, número de reflujo totales r2 = - 0,461, número de reflujo por hora r2 = - 0,455, TEA total r2 = - 0,456, número de reflujo largos r2 = - 0,409, reflujo más largo r2 = - 0,396, TEA vertical r2 = - 0,409, número de reflujo verticales r2 = - 0,408, TEA supino r2 = - 0,373, número de reflujo en supino r2 = - 0,323, DeMeester r2 = - 0,447, IS por pH r2 = - 0,292 e IS por impedancia r2 = - 0,301; p < 0,001.

**Conclusiones:** La IBMN de los sensores proximales y distales se correlacionan con la exposición patológica al ácido, incluso en pacientes con síntomas laringofaríngeos.

**Financiamiento:** No se requirió financiamiento.

Tabla 1. (Mar260)

Estadística descriptiva	SRLF		Síntomas mixtos		Síntomas esofágicos	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Edad	54,75	12,981	51,00	14,988	46,41	16,710
Tiempo en reflujo T	0:38:07.50	0:40:01.16	1:06:10.67	1:38:00.51	2:25:05.62	3:36:50.56
Número de reflujo T	60,63	39,989	67,14	56,109	142,66	186,555
Número de reflujo por hora T	2,800	1,8639	3,116	2,6478	6,750	8,9282
TEA % T	2,963	3,2231	5,097	7,4103	11,291	16,4010
Número de reflujo largos T	1,25	1,753	2,20	4,616	5,81	9,969
Reflujo más largo T	0:06:37.50	0:09:06.10	0:10:40.67	0:13:33.77	0:18:24.37	0:19:19.53
TEA % V	3,663	3,5022	5,872	7,3690	11,272	15,3857
Número reflujo V	51,963	39,8319	55,522	45,1027	118,344	163,6760
TEA% S	2,050	3,8881	3,800	8,7052	11,278	20,5454
Número reflujo S	6,250	6,6922	12,244	27,7798	24,175	45,4173
DeMeester S	13,363	12,4696	19,634	26,0307	45,091	62,6866
IS PH	50,125	47,0945	53,646	36,3759	60,709	38,1676
PAS PH	81,038	34,3867	89,190	27,2315	86,091	29,4993
IS IMPE	45,713	41,5460	64,262	32,4022	66,813	36,3228
PAS IMPE	62,200	51,5102	89,663	27,0527	89,791	24,6863
Reflujo proximal	65,850	25,6567	69,976	18,1661	61,947	23,3027
Sensor 1	2458,00	834,873	3143,90	1541,023	2986,72	1364,400
Sensor 5	3039,13	1289,905	2980,69	1666,387	2427,06	1724,572
Sensor 6	2371,25	816,283	2483,37	1483,530	2080,78	1463,322

SRLF, síntomas de reflujo laringofaríngeo; TEA, tiempo de exposición al ácido; IS, índice de síntomas; PAS, probabilidad de asociación de síntomas.

## Mar261

## EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN CONTRÁCTIL DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA EN PACIENTES CON HERNIA HIATAL Y SU RELACIÓN CON LA DISFAGIA

V. J. Ornelas-Arroyo, M. F. García-Cedillo, D. I. Carmona-Guerrero, I. G. Carranza-Mendoza, A. A. Solís-Ortega, J. S. Arenas-Martínez, A. Martínez-Luna, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La unión esofagogastrica (UEG), compuesta por el esfínter esofágico inferior (EEI) y la crura diafragmática, sirve como una barrera mecánica y fisiológica entre el esófago y el estómago. Cualquier alteración fisiológica o estructural de la barrera de la UEG, como la hernia hiatal, puede contribuir al desarrollo de síntomas. La integral contráctil de la UEG es una métrica recientemente descrita en la manometría esofágica de alta resolución (MAR) que permite evaluar la integridad de la UEG. Se ha descrito la relación de la IC-UEG con el reflujo, pero no se ha estudiado su relación con la disfagia.

**Objetivo:** Evaluar la relación de la integral contráctil de la unión esofagogastrica con la disfagia en pacientes con hernia hiatal.

**Material y métodos:** Se evaluaron de forma retrospectiva las manometrías esofágicas de alta resolución realizadas en el laboratorio de motilidad del INCMNSZ en las que se observó una UEG de tipo 3, de enero de 2022 a junio de 2023. Se excluyó a los sujetos con un trastorno motor mayor de acuerdo con Chicago 4.0 y aquéllos con antecedente de cirugía del tubo digestivo superior. Se evaluó la UEG tras calcular la integral contráctil (IC) del esfínter esofágico inferior (EEI), la crura y el saco herniario, así como la relación entre la IC-EEI/IC-crura. La IC se calculó de forma manual durante tres ciclos respiratorios en una deglución estable y posterior a los tragos rápidos múltiples y se corrigió por el tiempo tras dividirlo entre la duración de los tres ciclos respiratorios para obtener los IC en mmHg/cm y se buscó la relación de estas mediciones con la presencia de disfagia. La distribución de las variables se analizó con la prueba de Shapiro-Wilk. Para la comparación de variables cuantitativas y cualitativas se utilizaron las pruebas de U de Mann-Whitney y  $\chi^2$ , respectivamente. Se tomó como estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se evaluó a un total de 94 pacientes, de los cuales se excluyó a 33 (19 por contractilidad ausente, 4 por obstrucción del tracto de salida de UEG, 2 por esófago hipercontráctil, 1 por espasmo esofágico, 1 por acalasia, 4 por antecedente de funduplicatura y 2 por protocolo incompleto). Se analizó a un total de 61 pacientes, con 19 hombres (31,1%) y una mediana de edad de 57 años (50-63). El 65,6% de los pacientes (40) refirió disfagia. Los pacientes con disfagia registraron valores más elevados de IC del EEI y mostraron una tendencia a la significancia en los IC de crura y hernia en comparación con aquéllos sin disfagia: IC-esfínter, 108 mmHg/cm (28-162) contra 41,4 mmHg/cm (4,5-91,1) ( $p = 0,02$ ); IC-crura, 70 mmHg/cm (37-94) contra 37 mmHg/cm (19-67) ( $p = 0,06$ ); IC-hernia, 172 mmHg/cm (31-398) contra 64 mmHg/cm (-9,85-147) ( $p = 0,08$ ). En relación con el índice de IC-EEI/IC-crura, no se vinculó con la presencia de disfagia: 1,46 (0,42-1,67) contra 0,6 (0,18-2,34) ( $p = 0,42$ ). Las mediciones de IC obtenidas durante los tragos rápidos múltiples fueron similares y no significativas. Por último, el tamaño de la hernia hiatal se relacionó también con la disfagia: 4 cm (3,2-5) contra 3 cm (2,4-4) ( $p = 0,01$ ) (Tabla 1).

**Conclusiones:** Los pacientes con UEG de tipo 3 y disfagia tienen una integral contráctil del EEI más elevada y una tendencia en el IC de la crura y el saco herniario, en comparación con aquellos pacientes sin disfagia. La medición de la IC de la UEG puede tener utilidad clínica en pacientes con hernia hiatal. Se requiere un mayor número de pacientes para establecer esta vinculación.

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

Tabla 1. Pacientes sin disfagia y con disfagia. (Mar261)

Variable	Sin disfagia (n = 18)	Con disfagia (n = 40)	p
Hernia hiatal (cm)	3 (2,4-4)	4 (3,2-5)	0,01
ICD esfínter	41,4 (4,5-91,1)	108 (28-162)	0,02
ICD crura	37 (19-67)	70 (37-94)	0,06
IC esfínter/crura	0,60 (0,18-2,34)	1,46 (0,42-1,67)	0,42
ICD hernia	64 (-9,85-147)	172 (31-398)	0,08
MRS ICD esfínter	54 (20-105)	99 (50-188)	0,04
MRS ICD crura	38 (20-68)	60 (41-94)	0,05
MRS ICD esfínter/crura	1,30 (0,39-2,21)	1,80 (0,68-3,3)	0,42
MRS ICD hernia	72 (17-177)	117 (40-434)	0,19

## Mar262

## CORRELACIÓN DEL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO Y LA RESERVA PERISTÁLTICA EN PACIENTES CON MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA

E. J. Medina-Ávalos, R. A. Miranda-Maciel, E. A. San Vicente-Parada, F. Higuera-De la Tijera, S. Teutli-Carrión, M. Y. Carmona-Castillo, C. L. Dorantes-Nava; Laboratorio de Neurogastroenterología y Motilidad Gastrointestinal; Hospital Juárez de México, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La motilidad esofágica inefectiva (MEI) es el trastorno motor esofágico diagnosticado con más frecuencia por manometría esofágica de alta resolución (MAR). En pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), los trastornos motores esofágicos como MEI producen tránsito del bolo retardado y menor aclaramiento del material refluído. Existen pocos estudios que analicen la falta de reserva peristáltica (RP) en pacientes con MEI y su nexa con el tiempo de exposición al ácido (TEA) en comparación con pacientes con RP.

**Objetivo:** Determinar si existe correlación entre el porcentaje del TEA y la RP en pacientes con MEI por MAR.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico en pacientes referidos a MAR y pH-impedancia por síntomas de ERGE. Se seleccionó a los pacientes con diagnóstico de MEI por CCV4.0 en posición vertical y se comparó el porcentaje de TEA en los pacientes con y sin RP. Se calcularon medidas de tendencia central, estadística descriptiva y correlación de Spearman con  $p$  significativa  $< 0,05$ .

**Resultados:** Se revisaron 210 MAR, 73 (34%) pacientes identificados con MEI; el 64% correspondió a mujeres con edad media de 49 años  $\pm 13,20$  y RP (47,6%). Hasta 41 pacientes con MEI contaban con pH-impedancia y 21 (51%) pacientes tenían resultado positivo a ERGE. El tipo de UEG más común fue el tipo 1 en 20 (47,6%) pacientes, tipo 2 en 12 (28,6%) y tipo 3 en 10 (23,8%). En términos clínicos, 27 (64,3%) padecían regurgitación, 21 (50%) pirosis, 12 (28,6%) disfagia y 5 (11,9%) dolor torácico. Se encontró una correlación negativa entre RP y TEA (Tabla 1).

**Conclusiones:** La MEI es el trastorno motor más prevalente, con mayor incidencia en mujeres de mediana edad. Los síntomas más comunes fueron la regurgitación y la pirosis. Se reconoció una correlación en la cual, a medida que se incrementa el tiempo de exposición al ácido (TEA), tiende a disminuir la reserva peristáltica. Esto sugiere que una mejor reserva peristáltica se relaciona con un menor TEA. Esta relación puede indicar que la RP ayuda a reducir el

Tabla 1. Correlación de Spearman, parámetros manométricos y pH-metría/impedancia. (Mar262)

		Género	MRS-ICD	ICD Media	RP	TEA > 6%	IS	PAS	
Spearman	Género	Correlación	1	0,008	0,13	0,01	- 0,08	- 0,09	- 0,04
		p =	.	0,95	0,40	0,92	0,59	0,54	0,76
	MRS-ICD	Correlación	0,008	1	0,39	0,63	- 0,08	- 0,09	- 0,02
		p =	0,95	.	0,01	< 0,0001	0,61	0,55	0,86
	ICD Media	Correlación	0,13	0,39	1	0,12	- 0,08	- 0,06	- 0,20
		p =	0,40	0,01	.	0,44	0,58	0,66	0,19
	RP	Correlación	0,01	0,63	0,12	1	0,40	- 0,25	- 0,11
		p =	0,92	0,0001	0,44	.	0,03	0,10	0,48
	TEA > 6%	Correlación	- 0,08	- 0,08	- 0,08	- 0,40	1	0,58	0,30
		p =	0,59	0,61	0,58	0,03	.	0,0001	0,05
	IS	Correlación	- 0,09	- 0,09	- 0,07	- 0,25	0,58	1	0,68
		p =	0,54	0,55	0,66	0,10	0,0001	.	0,0001
	PAS	Correlación	- 0,04	- 0,02	- 0,20	- 0,11	0,30	0,68	1
		p =	0,76	0,86	0,19	0,48	0,05	0,0001	.

ICD, contractilidad distal integrada; MRS-ICD, contractilidad distal integrada en prueba de tragos rápidos continuos; RP, reserva peristáltica; TEA, tiempo de exposición al ácido; IS, índice de síntomas; PAS, probabilidad de asociación con síntomas. p significativa < 0,05.

TEA, de forma independiente de la MEI, lo que puede atenuar los síntomas de la ERGE y el riesgo de daño esofágico. La MAR ofrece herramientas para una mejor valoración de los pacientes con ERGE, más allá de las degluciones individuales.

**Financiamiento:** Sin financiamiento alguno.

## Mar263

### MODIFICACIONES BIOMECÁNICAS DE LA RESPUESTA DEGLUTORIA OROFARÍNGEA A DIFERENTES VOLÚMENES Y VISCOSIDADES EVALUADAS MEDIANTE MANOMETRÍA FARINGOESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN

A. A. Solís-Ortega, E. Coss-Adame, M. A. Valdovinos-Díaz, I. G. Carranza-Mendoza, V. J. Ornelas-Arroyo, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Durante la deglución de alimentos líquidos y sólidos existen modificaciones en la biomecánica de la respuesta deglutoria orofaríngea (RDO) mediante un fenómeno de modulación sensorial mediado por vías aferentes y eferentes del sistema nervioso central y periférico que permiten la adaptación de las presiones de contracción y relajación faríngeas para asegurar un transporte eficaz del bolo alimentario. No se cuentan con estudios que evalúen mediante manometría faringoesofágica de alta resolución (F-MAR) si existen diferencias en la biomecánica de la RDO al administrar diferentes volúmenes y viscosidades.

**Objetivo:** Determinar si existen diferencias en la biomecánica de la RDO entre los distintos volúmenes administrados de una misma viscosidad y establecer si existen diferencias en la biomecánica de la RDO entre las distintas viscosidades para un mismo volumen.

**Material y métodos:** Protocolo faringoesofágico en voluntarios sanos en el que se administraron por triplicado y de forma secuencial tres volúmenes (5, 10 y 20 mL) y tres viscosidades a base de goma xantana con el método IDDSI (*International dysphagia diet standardisation initiative*) (líquida [IDDSI 0], néctar [IDDSI 2] y pudín [IDDSI 4]); se analizó un total de 27 degluciones por voluntario con el software *swallowgateway*. Se realizó el cálculo de mediana de las siguientes

métricas para cada volumen y viscosidad: a) integral de contracción faríngea (ICF), b) integral de contracción velofaríngea (ICV), c) integral de contracción mesofaríngea (ICM), d) integral de contracción hipofaríngea (ICH), e) integral de relajación de presión de EES (IRP-EES), f) tiempo de relajación de EES (TR-EES). Análisis estadístico: comparación de medianas de cada variable faringoesofágica mediante prueba U de Mann Whitney con  $p < 0,05$  como estadísticamente significativa, en comparación con diferentes volúmenes de una misma viscosidad y con corrección de Durbin-Conover; se consideró un valor de  $p < 0,016$  como estadísticamente significativo, en comparaciones de tres viscosidades de un mismo volumen.

**Resultados:** Para una misma viscosidad, el incremento del volumen se vincula con mayores presiones oclusivas (ICF, ICV, ICM, ICH  $p < 0,05$ ) y de relajación (IRP-EES, TR-EES,  $p < 0,05$ ). Para un mismo volumen, el incremento de la viscosidad se relaciona con descenso de la presión oclusiva faríngea (ICF,  $p < 0,016$ ) a expensas de una disminución de la propulsión lingual (ICM  $p < 0,016$ ), elevación -no significativa- de las presiones hipofaríngeas ( $p > 0,016$ ) e incremento y disminución de las variables de relajación IRP-EES y TR-EES, respectivamente.

**Conclusiones:** La modulación sensorial de los fenómenos biomecánicos faringoesofágicos es distinta para incrementos de volumen o viscosidad. Se concluye que, para una misma viscosidad, incrementar el volumen se acompaña de una elevación de las presiones oclusivas y de relajación estudiadas y que, para un mismo volumen, el incremento de la viscosidad se vincula con menor propulsión lingual con elevación de las presiones hipofaríngeas y de relajación de EES. Es necesario el estudio con diferentes volúmenes y viscosidades para tener una visión holística de los fenómenos que ocurren al deglutir.

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

## Mar264

### CALIDAD DE VIDA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, ESCOLARIDAD Y DEPRESIÓN/ANSIEDAD EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

S. Camacho-Hernández, D. A. Carbajal-Silva, C. F. Castillo-Díaz, H. Martínez-González, S. Teutli-Carrión, C. Cruz-del Castillo, F. Higuera-de la Tijera, E. Altamirano-Castillo, Hospital General de México, Secretaría de Salud de la Ciudad de México

**Introducción:** Apenas en fecha reciente se ha notificado la calidad de vida (CV) en pacientes con reflujo gastroesofágico (ERGE) y, sin embargo, sólo se comparó en respuesta a los tratamientos farmacológicos (Gac Med Mex. 2022; 158:423-429.) y no con controles ni evaluación del índice de masa corporal (IMC), la escolaridad o la depresión/ansiedad.

**Objetivo:** Evaluar la CV, el IMC, la escolaridad y la depresión/ansiedad en pacientes con ERGE de la población abierta.

**Material y métodos:** Se evaluó la CV (Short Form-36), la ansiedad/depresión (*Hospital anxiety and depression scale*), el IMC y la escolaridad (años de estudio formal) en 51 pacientes con ERGE (49,8 ± 13,58 [46,08-53,53], 76% mujeres) y se compararon con 48 controles (36,27 ± 12,57 [32,71-39,83], 63% mujeres). Los pacientes se seleccionaron de la población abierta por medio de un muestreo por oportunidad. Los datos expresan promedio ± DE e IC95% o porcentajes, según correspondiera. Se utilizó la prueba t de Student no pareada, con dos colas; alfa = 0,05.

**Resultados:** Comparados con los controles, los pacientes con ERGE tienen baja calidad de vida en siete de los ocho dominios del SF-36, así como en el componente sumario físico (45,73 ± 13,01 [42,16-49,3] vs. 64,03 ± 9,3 [61,4-66,66], p < 0,001), pero no en el mental (45,85 ± 5,53 [44,33-47,37] vs. 46,7 ± 6,36 [44,9-48,5], p = 0,47). También mostraron mayor IMC, pero a expensas de la estatura (1,59 ± 0,08 [1,57-1,61] vs. 1,64 ± 0,09 [1,62-1,66], p = 0,004) dado que el peso no mostró cambios (68,95 ± 15,16 [64,78-73,11] vs. 68,22 ± 11,52 [64,96-71,48], p = 0,78). Los pacientes con ERGE tuvieron menor escolaridad y mayor puntuación en la ansiedad/depresión (Fig. 1).

**Conclusiones:** Estos resultados muestran que, en la población de estudio, los pacientes con ERGE poseen menor calidad de vida, más

ansiedad/depresión, mayor IMC a expensas de la talla y menor escolaridad. Este acercamiento sugiere que la ERGE se relaciona con circuitos cerebrales de bienestar subjetivo, de ansiedad/depresión, así como cognitivos. Por último, el sobrepeso de la ERGE puede relacionarse con factores morfológicos constitutivos.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

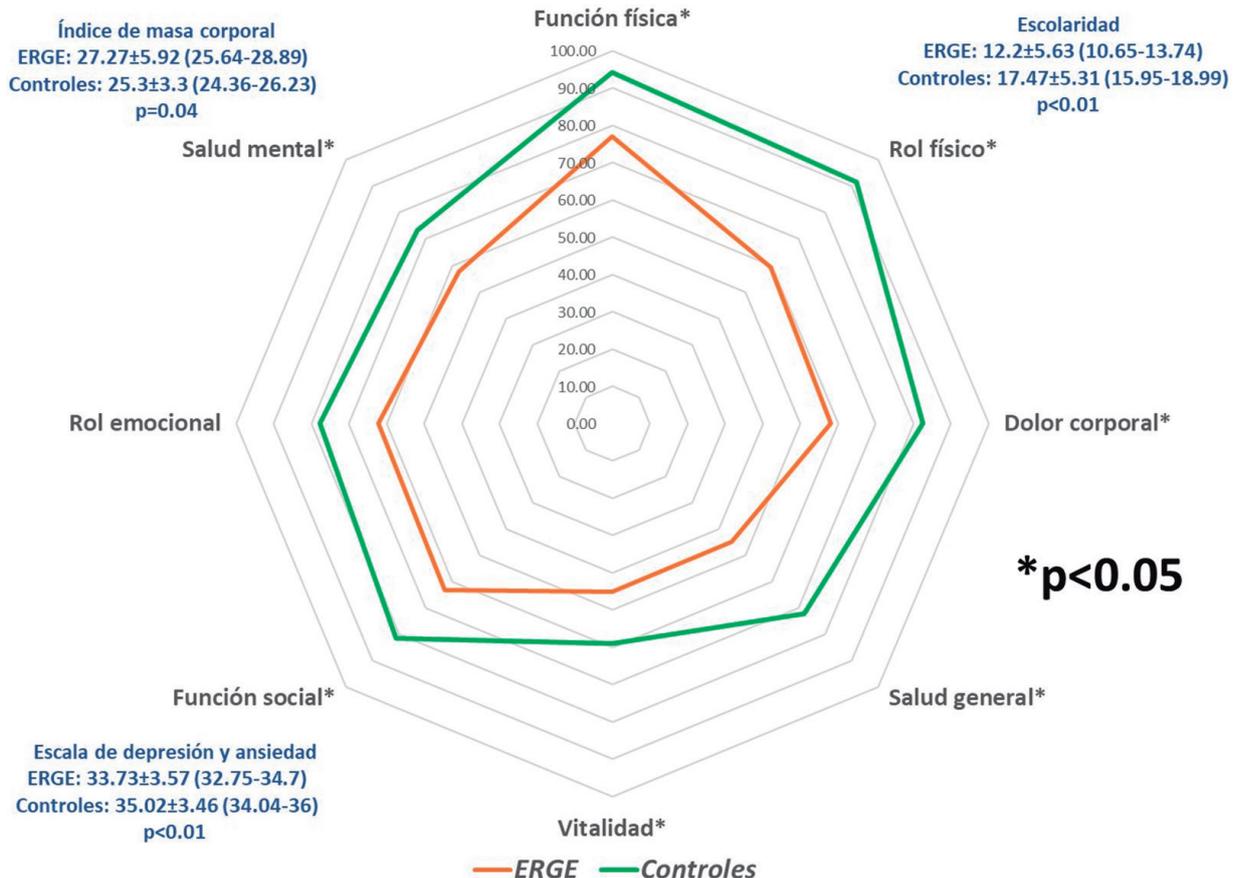
**Mar265**

**CORRELACIÓN DE LA INTEGRAL CONTRÁCTIL DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA CON LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN LOS DISTINTOS FENOTIPOS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO**

R. A. Miranda-Maciel, E. A. San Vicente-Parada, A. Peña-Montes, Hospital Juárez de México

**Introducción:** En los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la manometría esofágica de alta resolución (MAR) es una herramienta diagnóstica que permite evaluar trastornos de la motilidad esofágica y las características de la unión esofagagástrica (UEG) que llevan a la enfermedad. La integral contráctil de la UEG (IC-UEG) es una métrica adicional que se ha correlacionado con el tiempo de exposición al ácido y la respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en los distintos fenotipos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Existen pocos estudios que validen la utilidad y precisión de esta métrica.

**Figura 1.** Calidad de vida, índice de masa corporal, escolaridad y ansiedad/depresión en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) comparados con controles. (Mar264)



**Objetivo:** Correlacionar la medida de la IC-UEG en los distintos fenotipos de reflujo, así como el tiempo de exposición al ácido y la impedancia basal nocturna.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico en pacientes referidos a MAR y pH-impedancia por síntomas de ERGE con estudio endoscópico previo y sin evidencia de enfermedad erosiva. Se analizaron las MAR y pH-metría con impedancia (pHZ) de 103 pacientes, sin incluir a 17 pacientes que no se clasificaron de acuerdo con los distintos fenotipos de ERGE. En concordancia con las distintas métricas de la pHZ, como el tiempo de exposición al ácido (TEA), la probabilidad de asociación de síntomas y la impedancia basal nocturna (MNBI), se dividió a los pacientes en los siguientes fenotipos de ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo (ERNE), hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional. Se calcularon medidas de tendencia central, estadística descriptiva, ANOVA y regresión lineal múltiple.

**Resultados:** Se incluyó a 86 pacientes en el estudio, de los cuales 35 (40,6%) tuvieron diagnóstico de ERNE, 26 (30,3%) de hipersensibilidad al reflujo y 25 (29,1%) de pirosis funcional. El tipo de UEG más común fue el tipo 1 en 42 (48,8%) pacientes, el tipo 2 en 25 (29,1%) y el tipo 3 en 19 (2,1%). En clínica, 80 (93%) sufrían pirosis, 73 (84,8%) regurgitación, 28 (32,5%) disfagia y 46 (50%) dolor torácico. La media de la IC-UEG en los pacientes con ERNE fue de 16,7 mmHg-cm, en los pacientes con hipersensibilidad al reflujo de 20,8 mmHg-cm y en los casos de pirosis funcional de 24,3 mmHg-cm. Se realizó ANOVA y *post hoc* entre los distintos fenotipos de ERGE y se identificó significancia estadística (0,004). Mediante la regresión lineal múltiple se observó una correlación entre la IC-UEG y el TEA  $p = 0,001$ , como se observa en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.** Correlaciones entre la IC-UEG, MNBI y TEA. (Mar265)

Correlaciones				
		EGJ CI	MNBI	TEA
Correlación de Pearson	EGJ CI	1.000	-0,028	-0,320
	MNBI	-0,028	1.000	-0,524
	TEA	-0,320	-0,524	1.000
Sig. (unilateral)	EGJ CI		0,397	0,001
	MNBI	0,397		0,000
	TEA	0,001	0,000	
N	EGJ CI	86	86	86
	MNBI	86	86	86
	TEA	86	86	86

EGJ-CI: integral contráctil de la UEG; MNBI, impedancia basal nocturna; TEA, tiempo de exposición al ácido.

**Conclusiones:** La IC-UEG es una métrica fácil de calcular en la MAR. Con este estudio se demuestra que es mucho menor en los pacientes con ERNE en comparación con los pacientes con hipersensibilidad al reflujo o pirosis funcional, ya que se correlaciona con el tiempo de exposición al ácido. Es necesario realizar mayor número de estudios para conferirle validez a esta medida.

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

## Mar266

### RESPUESTA A INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES Y SU CORRELACIÓN CON LOS PARÁMETROS DETERMINADOS POR MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE REFLUJO (pH-IMPEDANCIA) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

P. M. Diego-Salazar, E. A. San Vicente-Parada, D. F. Abendaño-Rivera, D. B. Lorenzo-Valle, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, F. Higuera-de la Tijera; Servicio de Motilidad Gastrointestinal del Hospital Juárez de México; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son el pilar del tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); sin embargo, hasta el 30% de los pacientes tiene una respuesta sintomática deficiente. La vigilancia ambulatoria de reflujo por pH-impedancia es la norma de referencia para evaluar si esto es efecto de un reflujo ácido persistente o de otros trastornos relacionados con la exposición a distintos tipos de reflujo. La ERGE ya no puede abordarse como una entidad única, sino como una afección compleja con múltiples presentaciones fenotípicas y distintas consideraciones diagnósticas diferenciales.

**Objetivo:** Determinar los parámetros de pH-impedancia que se correlacionan con la respuesta a IBP en comparación con no respondedores, en pacientes con sospecha de ERGE.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, retrolectivo y analítico que incluyó a pacientes de 18 a 70 años con sospecha clínica de ERGE y a quienes se les realizó pH-impedancia. La respuesta a IBP se definió como la disminución de síntomas luego de cuatro semanas del inicio del tratamiento y la falta de respuesta como la persistencia de pirosis o regurgitación sin importar la frecuencia o la gravedad. Además de estadística descriptiva, se realizó análisis mediante correlación con rho de Spearman entre la respuesta a IBP y los diferentes parámetros de la pH-impedancia. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,01$ .

**Resultados:** Se incluyó a 102 pacientes, 76 (74,5%) sin esofagitis, 19 (18,6%) con esofagitis inespecífica A o B y 7 (6,9%) con esofagitis grave (C, D, estenosis o probable Barrett). De acuerdo con la respuesta IBP, 41 (40,2%) se comportaron como no respondedores y 61 (59,8%) con respuesta a IBP. En el estudio de pH-impedancia se encontró que 25 (24,5%) tenían reflujo no ácido, 17 (16,7%) débilmente ácido y 60 (58,8%) ácido. El diagnóstico mediante pH-impedancia demostró que en 30 (29,5%) era normal o no concluyente, 49 (48%) padecían ERGE, 16 (15,7%) hipersensibilidad al reflujo y 7 (6,9%) pirosis funcional. Se reconoció una correlación positiva entre la respuesta a IBP y el número de reflujos en 24 horas, el índice de síntomas, la probabilidad de relación con síntomas y el tiempo de exposición al reflujo (**Tabla 1**).

**Conclusiones:** Se observó una correlación positiva entre la respuesta a los IBP y el número de reflujos en 24 horas, el índice de síntomas, la probabilidad de relación con síntomas y el tiempo de exposición al reflujo. Estos hallazgos sugieren que estos parámetros

**Tabla 1.** Correlación entre parámetros determinados mediante pH-impedancia y respuesta al tratamiento con IBP en pacientes con síntomas típicos indicativos de ERGE. (Mar266)

Respuesta clínica a IBP	Correlación de Pearson	Número de reflujos 24 h	IS	PAS	Impedancia basal media nocturna (ohmios)	Tipo de reflujo	Tiempo de exposición al reflujo
	P	0,33**	0,34**	0,28**	0,03	0,17	0,26**
		0,001	0,001	0,005	0,76	0,09	0,008

\*\* Correlación significativa  $< 0,01$  (bilateral)

tienen un valor predictivo en la respuesta al tratamiento con IBP. Además, se identificaron diagnósticos diferenciales, incluidas hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional, que pueden requerir medidas terapéuticas específicas. Los hallazgos resaltan la importancia de considerar múltiples factores clínicos y utilizar la técnica de pH-impedancia para evaluar y personalizar el enfoque terapéutico en estos pacientes. Sin embargo, se requieren investigaciones adicionales para validar y ampliar estos resultados.

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

## Mar267

### UTILIDAD DE LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA EN EL DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO (RGE)

J. P. Bran-Alvarado, G. A. Torres-Barrera, F. García-Villarreal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** En pacientes con endoscopia normal y síntomas de RGE, la pH-metría con impedancia se considera la norma de referencia para el diagnóstico. Se ha establecido un tiempo de exposición al ácido (TEA) > 6% como anormal y 4% a 6% no es concluyente. En este grupo de pacientes se propone optar por el uso de otras medidas como el número de episodios de reflujo en 24 horas y la impedancia basal nocturna media. La impedancia hace referencia a la resistencia que tiene el esófago en la conducción eléctrica. En un estudio retrospectivo de 371 pacientes de Rengarajan *et al.* se encontró que un nivel bajo de la impedancia basal nocturna tiene un papel en el diagnóstico de pacientes con TEA entre 4% y 6%, así como correlación con la respuesta al tratamiento médico.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de la impedancia basal nocturna como elemento adicional en el diagnóstico de RGE con tiempo de exposición al ácido límite y también valorar la utilidad de la impedancia basal nocturna en nexa con la correlación sintomática en el diagnóstico de RGE.

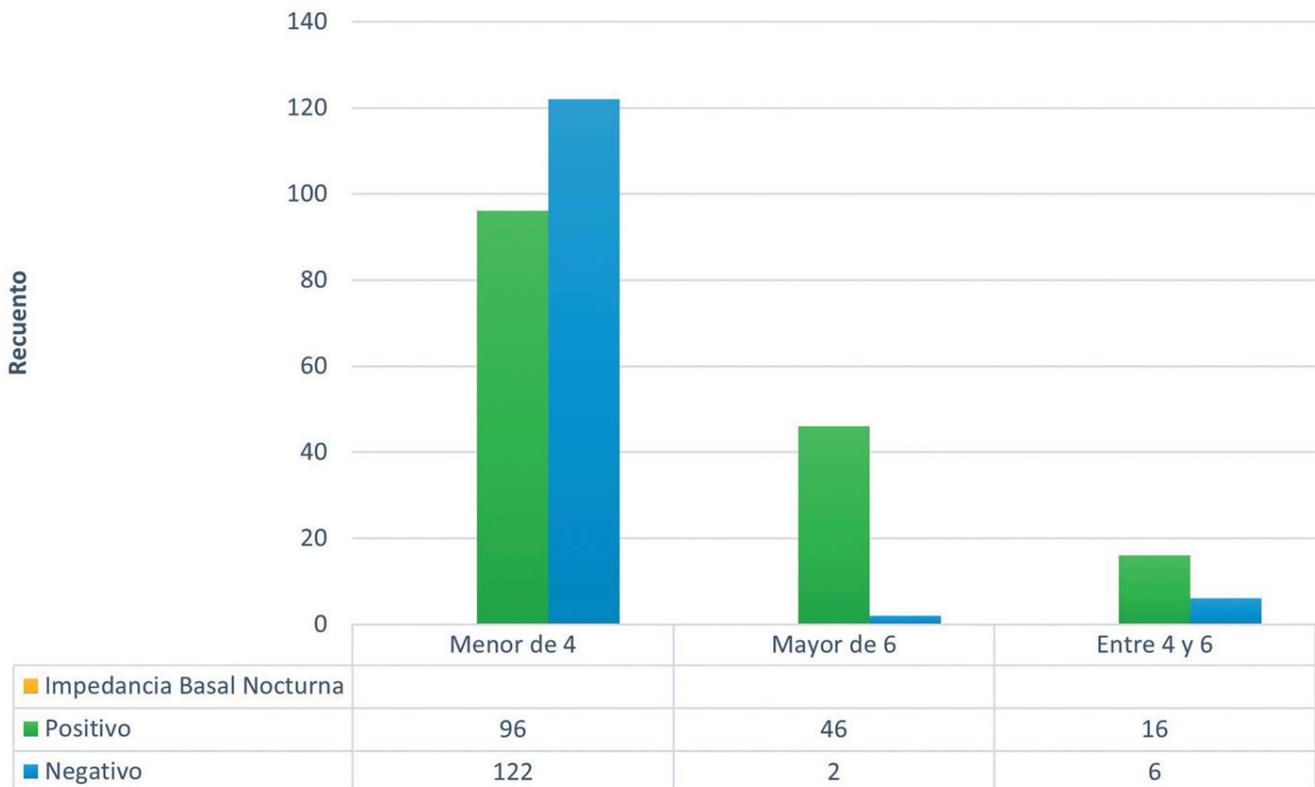
**Material y métodos:** Participaron los pacientes objeto de estudio de pH-impedanciometría con dispositivo ZepHr Recorder y analizados con el software Diversatek Zvu 3.0.0 en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de junio de 2021 a abril de 2023. Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, analítico y relacional de las variables impedancia basal nocturna (medida por inteligencia artificial mediante software), tiempo de exposición al ácido, índice sintomático y probabilidad de relación sintomática mediante tablas cruzadas con el estadístico ji cuadrada.

**Resultados:** Se analizaron los datos obtenidos de pH-impedanciometría de 288 pacientes, de los cuales 63,9% correspondió a mujeres, con una media de edad de 52,58 años e IMC de 26,99. El análisis se llevó a cabo mediante tablas cruzadas de las variables impedancia basal nocturna y tiempo de exposición al ácido. En el grupo con TEA de 4 a 6 se observó que 72,7% de los pacientes tenía impedancia basal nocturna anormal (positiva) con un valor de  $p < 0,005$  (Fig. 1). En contraste, en el análisis de la correlación sintomática y tiempo de exposición al ácido se registró un índice sintomático negativo en 81,8% y 87,5% de los pacientes con TEA de 4 a 6 y mayor de 6, respectivamente, con un valor de  $p = 0,085$ .

**Conclusiones:** En este estudio se demostró que la impedancia basal nocturna posee utilidad para establecer diagnóstico de reflujo en los pacientes con un TEA límite. Por su parte, el índice sintomático se encontró en su mayoría negativo en dicho grupo e incluso en pacientes con TEA mayor de 6.

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

Figura 1. Relación de la impedancia basal nocturna y tiempo de exposición al ácido. (Mar267)



## Mar268

## ANGULACIÓN DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA EVALUADA POR ESOFAGOGRAFÍA Y SU ASOCIACIÓN CON EL ÉXITO DE CANULACIÓN EN MANOMETRÍA Y EL ECKARDT POSQUIRÚRGICO

I. G. Carranza-Mendoza, V. J. Ornelas-Arroyo, A. A. Solís-Ortega, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, J. Furuzawa-Carballeda, G. M. Torres-Villalobos, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La acalasia es una enfermedad que produce relajación incompleta del esfínter esofágico inferior, aperistalsis y dilatación del cuerpo esofágico. El esofagograma cronometrado ha demostrado ser de utilidad en la evaluación de los pacientes al establecer la columna de bario a 5 min como una referencia para medir el vaciamiento. El esófago sigmoideo se observa en una etapa avanzada y se caracteriza por una dilatación con angulación aguda y tortuosa del cuerpo esofágico. Se desconoce si el grado de angulación del cuerpo y la unión esofagogástrica (UEG < 135°) se relaciona con mayores síntomas y falla a la canulación con el catéter de manometría antes y después de miotomía de Heller con funduplicatura parcial.

**Objetivo:** Determinar si el grado de angulación del cuerpo y la UEG se vincula con una falla de canulación durante la manometría de alta resolución (MAR) antes y después de miotomía de Heller con funduplicatura parcial y establecer si el grado de angulación del cuerpo y la UEG se relaciona con mayor Eckardt después de la cirugía.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 93 expedientes de pacientes con acalasia en el preoperatorio y posoperatorio, en el periodo de marzo de 2013 a junio de 2022, que contaran con determinación de Eckardt, esofagograma y MAR de seguimiento. Se realizó una medición de la angulación cuerpo-unión esofagogástrica en un esofagograma baritado y se registró el éxito y falla de intubación, en los periodos prequirúrgico y posquirúrgico. En los pacientes en seguimiento con esofagograma se evaluó el estado de los síntomas con Eckardt y el grado de angulación. Análisis estadístico:  $\chi^2$  para comparación de proporciones y cálculo de razón de momios con intervalos de confianza al 95% para magnitud de asociación, tras considerar un valor de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo. Los datos se analizaron con el programa JAMVI 2.3.

**Resultados:** En los periodos prequirúrgico y posquirúrgico se observó que los ángulos  $\geq 135^\circ$  se relacionan con éxito y falla de canulación en 62 (66,7%) y 1 paciente (1,1%), respectivamente; los ángulos < 135° se acompañan de éxito y falla a la canulación en 23 (24,7%) y 7 (7,5%) para obtener un valor de  $p < 0,001$  (Tablas 1 a 3). La razón de momios de éxito en la canulación con ángulos  $\geq 135^\circ$  fue de 17,4 (IC95%, 2,03-148). Se observó que antes de la cirugía el ángulo era  $\geq 135^\circ$  en 40 (43%) y < 135° en 8 (8,6%), y en pacientes posoperados el ángulo era < 135° en 22 (23,7%) y  $\geq 135^\circ$  en 23 (24,7%), con una  $p < 0,001$ . Se evaluó a 45 pacientes con esofagograma de seguimiento posquirúrgico y se identificó que los ángulos < 135° mostraron un Eckardt > 3 y  $\leq 3$  en 3 (13%) y 20 (87%), respectivamente, y los ángulos  $\geq 135^\circ$  un Eckardt > 3 y  $\leq 3$  en 1 (4,5%) y 21 (95,5%), respectivamente, con valor de  $p = 0,60$ .

**Conclusiones:** Un ángulo > 135° se vincula con intubación exitosa antes y después de la intervención. Es más frecuente encontrar un ángulo  $\geq 135^\circ$  antes de la cirugía. Un ángulo  $\geq 135^\circ$  se reconoce más a menudo en pacientes con mejoría sintomática. Se requiere evaluar el grado de angulación prequirúrgico como factor predictor de respuesta y determinar si éste puede llevar a un cambio en el abordaje de tratamiento (tipo de miotomía, reparación de hiato).

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

**Tabla 1.** Frecuencia de canulación de acuerdo con el ángulo de la UEG. (Mar268)

Angulación	Canulación exitosa	Canulación fallida	Total
$\geq 135^\circ$	62 (66,7%)	1 (1,1%)	63 (67,7%)
< 135°	23 (24,7%)	7 (7,5%)	30 (32,3%)
Total	85 (91,4%)	8 (8,6%)	93 (100%)

**Tabla 2.** Angulación de la UEG antes y después de la intervención. (Mar268)

Angulación	Prequirúrgico	Posquirúrgico	Total
$\geq 135^\circ$	40 (43%)	23 (24,7%)	63 (67,7%)
< 135°	8 (8,6%)	22 (23,7%)	30 (32,3%)
Total	48 (51,6%)	45 (48,4%)	93 (100%)

**Tabla 3.** Angulación posquirúrgica y relación con el Eckardt. (Mar268)

Eckardt	$\geq 135^\circ$ (n = 22)	< 135° (n = 23)	Total
$\leq 3$	21 (95,5%)	20 (87%)	41 (91,1%)
> 3	1 (4,5%)	3 (13%)	4 (8,9%)
Total	22 (100%)	23 (100%)	45 (100%)

## Mar269

## EFFECTOS DEL CANNABIDIOL (CBD) EN LA MOTILIDAD ESOFÁGICA

A. H. Díaz-Crespo, G. P. Martínez-Pérez, B. A. Priego-Parra, A. D. Cano-Contreras, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** El sistema gastrointestinal posee receptores para cannabinoides. Aunque algunos estudios en modelos animales han evidenciado que los cannabinoides pueden influir en el tono del esfínter esofágico inferior (EEI), esta relación se ha investigado poco en seres humanos.

**Objetivo:** Evaluar el efecto del cannabidiol (CBD) en la motilidad esofágica para identificar su efecto en el funcionamiento esofágico.

**Material y métodos:** Estudio clínico no aleatorizado. Se incluyó a voluntarios sanos que acudieron al Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Se realizaron tres manometrías esofágicas en días diferentes: una prueba basal, con dosis de 10 mg de CBD, y otra con 20 mg de CBD.

**Resultados:** Se integró una muestra de 10 sujetos sanos (90% de mujeres) que aceptaron participar en el estudio. La edad media de los individuos fue de 30 años (intervalo, 21-34). En la manometría esofágica se observó que la dosis de 10 mg de CBD indujo una disminución significativa de la integral contráctil (IC) de la unión esofágica en comparación con los valores basales ( $p = 0,045$ ). Por otra parte, la dosis de 20 mg de CBD resultó en un aumento significativo del DCI máximo ( $p = 0,039$ ) en comparación con los valores basales (Tabla 1). Antes del CBD, todos los pacientes tenían una unión esofagogástrica de tipo 1. Tras recibir 10 mg de CBD, el 30% mostró unión de tipo 2; con 20 mg, el 40% tuvo unión de tipo 2. Respecto del EEI, la medición basal mostró que el 70% tenía EEI normal, 10% hipertensión y 10% hipotensión. Después de 10 o 20 mg de CBD, los sujetos

**Tabla 1.** Comparación de las mediciones de la manometría esofágica en sujetos sanos antes y después de la administración de 10 mg o 20 mg de cannabidiol (CBD). (Mar269)

Variable	Basal	10 mg CBD acostado	P (normal vs. 10 mg)	20 mg CBD acostado	p (normal vs. 20 mg)
Presión EES	84,7 (55,4)	83,8 (68,3)	0,943	79,8 (45,8)	0,627
Presión EEI	38,1 (15,3)	28,4 (11,4)	0,065	31,7 (12,8)	0,373
IC de la unión	46,4 (29,8)	32,3 (23,7)	<b>0,045</b>	36,7 (23,2)	0,233
DCI máximo	2353 (1393,3)	2036 (1607)	0,132	2765,9 (1477,6)	<b>0,039</b>
DCI promedio	1505 (1183,4)	1252,8 (1220,6)	0,061	1722,7 (984,7)	0,179
IRP promedio	7 (4,45)	7 (4,2)	0,947	6,4 (3)	0,635
IRP tragos rápidos	0,60 (0,15)	0,010 (0,03)	0,363	0,10 (0,31)	0,741
DCI promedio tragos múltiples	1795,4 (1431,8)	1804 (2042)	0,57	1966,8 (1518,6)	0,487

EES, esfínter esofágico superior; EEI, esfínter esofágico inferior; IC, integral contráctil; DCI, índice de contractilidad distal; IRP, presión de relajación integrada. Las diferencias entre las intervenciones se analizaron con pruebas de diferencia de medias para muestras relacionadas en el programa estadístico SPSS V.25. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

con hipertensión del EEI se reclasificaron con EEI normal. Después de 10 mg de CBD, dos individuos con motilidad esofágica inefectiva y uno sin peristalsis se reclasificaron como normales. Con 20 mg, los tres pacientes con motilidad esofágica inefectiva se reclasificaron como normales.

**Conclusiones:** En resumen, los hallazgos de este estudio muestran que el cannabidiol (CBD) podría tener efectos dependientes de la dosis en la manometría esofágica y la motilidad en sujetos sanos. Estos resultados sugieren que el CBD puede influir en la motilidad esofágica y, por lo tanto, podría tener potencial en el tratamiento de los trastornos gastrointestinales.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Mar270

### FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS A FALLA A TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN DOS CENTROS DE TERCER NIVEL

P. M. Diego-Salazar, E. A. San Vicente-Parada, D. F. Abendaño-Rivera, E. J. Medina-Ávalos, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, F. Higuera-de la Tijera; Servicio de Motilidad Gastrointestinal del Hospital Juárez de México; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se basa en una combinación de presentación de síntomas, evaluación endoscópica de la mucosa esofágica, vigilancia del reflujo y respuesta a la intervención terapéutica. En pacientes con síntomas típicos (pirosis y regurgitación) de ERGE, sin datos de alarma, se recomienda tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) como una prueba diagnóstica con la presuposición subyacente de que una respuesta a ellos establece el diagnóstico. Este enfoque es práctico, pero se encuentra limitado dada su sensibilidad de 78% y especificidad de 54%. Se ha descrito que los pacientes con pirosis, regurgitación, dolor abdominal y esofagitis erosiva experimentan una mejor respuesta a IBP (50%-60%).

**Objetivo:** Comparar las características clínicas de pacientes con sospecha de ERGE que responden en comparación con los que no responden al tratamiento con IBP.

**Material y métodos:** Estudio de casos y controles que incluyó a pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con sospecha de ERGE. Se recabaron datos demográficos, clínicos y endoscópicos. La respuesta a IBP se definió como: no respondedores (presencia de pirosis o regurgitación, sin importar la frecuencia o la gravedad, según la definición de Montreal) y respondedores a IBP (disminución de síntomas sin importar la frecuencia, luego de cuatro semanas del inicio de tratamiento). Se llevó a cabo el análisis estadístico mediante t de Student, U de Mann-Whitney,  $\chi^2$  y prueba de Fisher, considerado un valor  $p < 0,05$  como significativo.

**Resultados:** Se incluyó a 102 pacientes, 67 (65,7%) de ellos hombres, con media de edad de  $49,5 \pm 13,2$  años. En clínica, 95 (93,1%) tenían pirosis, 74 (72,5%) regurgitación, 25 (24,5%) dolor torácico

**Tabla 1.** Comparación entre características clínicas de pacientes con sospecha clínica de ERGE: respondedores y no respondedores a IBP. (Mar270)

Característica	No respondedores a IBP (n = 41)	Respondedores a IBP (n = 61)	p	OR (IC95%)
Sexo femenino, n (%)	28 (68,3)	39 (63,9)	0,65	1,1 (0,8-1,4)
Pirosis, n (%)	37 (90)	58 (95)	0,43	2,1 (0,4-9,9)
Regurgitación, n (%)	25 (60,9)	49 (80,3)	0,04*	2,6 (1,1-6,4)
Dolor torácico, n (%)	14 (34,1)	11	0,10	0,4 (0,2-1,1)
Disfagia, n (%)	20 (48)	17 (27,8)	0,04*	1,7 (1,1-2,9)
Eructos, n (%)	4 (9,7)	4 (6,5)	0,71	1,5 (0,4-5,6)
Extraesofágicos, n (%)	15 (36,5)	21 (34,4)	0,83	1,0 (0,4-2,1)
Hernia hiatal, n (%)	5 (12,1)	15 (24,5)	0,14	2,3 (0,8-7,1)
Esofagitis grave <sup>a</sup> , n (%)	0 (0)	7 (11,4)	0,04*	1,1 (1,1-1,2)

$\chi^2$  o prueba exacta de Fisher. \*  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup>Esofagitis grave = grados C y D de Los Ángeles, o complicaciones como estenosis, probable esófago de Barrett.

retroesternal, 37 (36,3%) disfagia, 8 (7,8%) eructos y 36 (35,3%) alguna manifestación extraesofágica de acuerdo con la clasificación de Montreal. En el estudio endoscópico, 76 (74,5%) no mostraron esofagitis, 19 (18,6%) tenían esofagitis A o B, 5 (4,9%) esofagitis C o D y 2 (2%) estenosis péptica. Se reconoció hernia hiatal en 20 casos (19,6%). De acuerdo con la respuesta clínica inicial a los IBP, 41 (40,2%) se comportaron como no respondedores y 61 (59,8%) con respuesta completa (Tabla 1).

**Conclusiones:** Los pacientes con regurgitación y esofagitis erosiva grave respondieron favorablemente a IBP, mientras que los individuos con disfagia no mostraron mejoría. Estos resultados resaltan la importancia de evaluar las características clínicas de los pacientes antes de iniciar el tratamiento y sugieren que la regurgitación o la gravedad de la esofagitis pueden predecir una respuesta favorable. Por otro lado, la disfagia indica la necesidad de considerar opciones diagnósticas para descartar otros trastornos esofágicos.

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

### Mar271

## USO DE LA ESCALA NEQOL-S PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

A. Pena-Montes, E. A. San Vicente-Parada, R. A. Miranda-Maciél, Hospital Juárez de México

**Introducción:** Los pacientes con síntomas de reflujo clasificados dentro de los diferentes fenotipos se relacionan con altos costos de tratamiento y morbilidad; la medición de la calidad de vida intenta medir aspectos mentales y sociales de la vida del paciente y el efecto de éstos en la salud.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida con el cuestionario NEQOL-S en paciente con ERNE, hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional en el Hospital Juárez de México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en el que se aplicó el cuestionario NEQOL-S (*Northwestern Esophageal Quality of Life*) validado al español y compuesto por 14 preguntas con 5 reactivos (los cuales recibieron una puntuación de 0 a 4); se clasificó a los pacientes por pH-impedancia de 24 horas, de acuerdo con la clasificación Lyon del 2018 y Roma IV. Los resultados se analizaron con estadística descriptiva, análisis de frecuencia y porcentajes, y se aplicó la prueba de ANOVA y pruebas *post hoc* intragrupo, así como ji cuadrada con comparación de columnas; el análisis se efectuó con el programa estadístico SPSS versión 25.

**Resultados:** Se aplicó a 40 pacientes, 36 elegibles, con 33 mujeres (91,7%) y 3 hombres (8,3%); la mediana de edad, peso e índice de masa corporal (IMC) fueron de 50 años, 62,5 kg y 24,2 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. Se diagnosticó a 9 (25%) pacientes positivos a ERNE, de los cuales 8 (88,9%) fueron mujeres; 8 (22,2%) tenían hipersensibilidad al reflujo y la totalidad correspondió a mujeres; 8 sujetos (22,2%) mostraron pirosis funcional, 7 (87,5%) de éstos mujeres, y 11 (30,6%) pacientes no fueron clasificables por PAS; no se identificaron diferencias significativas. En la prueba ANOVA se encontró: MNBI de 2.770 kOhm (660-4.620) en los pacientes negativos a ERGE y de 1.235 kOhm (575-2.190) en pacientes con ERGE, con diferencia significativa ( $p = 0,003$ ). En los episodios de reflujo se encontró una media de 84 episodios de reflujo en los pacientes con ERGE, respecto de 41 en los individuos sin ERGE, con diferencia significativa ( $p = 0,048$ ); en cuanto al porcentaje total de exposición al ácido se reconoció una media de 14,1 en los pacientes con ERGE en comparación con 1,4 en los pacientes sin ERGE, con  $p = 0,086$ . De acuerdo con NEQOL-S, los pacientes no clasificables tenían mediana de 32 puntos, los sujetos positivos a ERGE una mediana de 38,8 puntos,

los individuos con hipersensibilidad al reflujo mediana de 38 puntos, y los pacientes con pirosis funcional mediana de 34,1 puntos, sin diferencia significativa ( $p = 0,703$ ).

**Conclusiones:** Con el uso de la NEQOL-S se observó que no hay diferencia significativa, lo cual puede atribuirse al pequeño tamaño de la muestra; es necesario extender los resultados para valorar la calidad entre paciente con ERGE y trastornos del eje intestino-cerebro.

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

### Mar272

## EVALUACIÓN DE ÉXITO TRAS LA CIRUGÍA EN PACIENTES CON ACALASIA A UN AÑO DE SEGUIMIENTO

C. S. Tinitana-Jumbo, K. Cazarín-Chávez, M. Y. Carmona-Castillo, L. V. Cupil-Escobedo, M. Motola-Kuba, Y. M. Velasco-Santiago, A. Etcheagaray, F. Higuera-Hidalgo, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La acalasia es una enfermedad rara perteneciente al grupo de trastornos motores del esófago. La miocardiectomía de Heller se ha considerado la norma de tratamiento. Han surgido nuevas técnicas endoscópicas menos invasivas como el POEM, pero aún tienen escasa disponibilidad y accesibilidad en el medio de los autores; en consecuencia, es relevante conocer si en este medio la cirugía es aún exitosa y segura.

**Objetivo:** Confirmar y señalar el éxito (medido con puntuación de Eckardt  $\leq 3$ ) a seis y 12 meses después de la cirugía y las complicaciones graves, e identificar si existe algún factor relacionado con falla tras el tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, retrolectivo, descriptivo y analítico, de tipo estudio de cohortes, que incluyó a pacientes con acalasia tratados quirúrgicamente y seguidos por seis y 12 meses después de la cirugía. Para los análisis comparativos se empleó t de Student para muestras independientes, t de Student pareada (muestras relacionadas), U de Mann-Whitney,  $\chi^2$  o prueba exacta de Fisher, según fueran el tipo y la distribución de cada variable. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 192 pacientes, 118 (61,5%) de ellos mujeres, con media de edad de  $46,6 \pm 14,8$  años; el 100% refirió disfagia esofágica como motivo más relevante de consulta, seguido de dolor torácico retroesternal de predominio posprandial en 186 (96,9%) y regurgitación y pérdida de peso en 181 (94,3%). La pérdida ponderal media fue de  $11,7 \pm 7,6$  kg en un tiempo de evolución de los síntomas relacionados (en particular la disfagia) con la acalasia con una mediana de 12 meses (intervalo, 1-300 meses). De acuerdo con el tipo de acalasia, predominó el tipo I en 104 (54,2%), tipo II en 84 (43,8%) y tipo III en 4 (2,1%). Todos los pacientes se sometieron a miocardiectomía de Heller; además, en 119 (62%) se realizó funduplicatura de tipo Dor y en 70 (36,5%) de tipo Toupet. La puntuación basal (antes de cirugía) de Eckardt fue de  $8,3 \pm 1,4$ , a los seis meses después del procedimiento de  $0,9 \pm 1,3$  ( $p < 0,0001$ ) y a los 12 meses de  $0,9 \pm 1,4$  ( $p < 0,0001$ ). A los seis meses, la remisión de síntomas (Eckardt  $\leq 3$ ) se observó en 182 casos (94,8%) y a los 12 meses en 179 (93,2%). No hubo complicaciones graves que comprometieran la función o la supervivencia de los pacientes. La falta de remisión a 12 meses no se relacionó con edad, tiempo de evolución, longitud del esfínter esofágico inferior, puntuación de Eckardt basal, peso perdido o tipo de acalasia ( $p = NS$ ).

**Conclusiones:** El éxito de los procedimientos depende en gran medida de la pericia de quien los realiza; este trabajo demuestra que, en manos experimentadas, la miocardiectomía de Heller es todavía exitosa y segura.

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

## Mar273

### IMPACTO DEL DISTRÉS PSICOLÓGICO EN LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS EN EL ESPECTRO DE ERGE REFRACTARIO ORGÁNICO-FUNCIONAL

A. P. Vázquez-Cruz, M. Vieyra-Vega, B. A. Priego-Parra, H. R. Ordaz-Álvarez, A. H. Díaz-Crespo, R. G. Pucheta-Cancino, K. R. García-Zermeño, A. Meixueiro-Daza, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** Los factores psicológicos son importantes en todo el espectro de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); sin embargo, la mayoría de los estudios se ha enfocado sólo en la ansiedad y la depresión, sin considerar otros aspectos psicológicos.

**Objetivo:** Comparar escalas de intensidad de síntomas esofágicos y psicológicos en sujetos con trastornos esofágicos.

**Material y métodos:** Estudio transversal y analítico en el que se incluyó a personas sometidas a manometría esofágica de alta resolución y pH-metría en la institución de los autores. Los individuos contestaron la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD), la Escala de estrés percibido (PSS), la Escala de hipersensibilidad y ansiedad esofágica específica (EHAS), el cuestionario corto de disfagia esofágica (BED-Q), y otros cuestionarios de síntomas esofágicos (GERD-Q, Eckard, RSI y PAGY-SYM).

**Resultados:** Se incluyó a 206 pacientes (66,6% de mujeres), con mediana de edad de 52 (intervalo, 18-83); de éstos, 98 cumplieron con criterios para ERGE, 38 para esófago hipersensible (EH), 30 para pirosis funcional y 40 para eructos supragástricos. La **Tabla 1** compara las puntuaciones caracterizadas en esta población. Al realizar la comparación entre grupos se encontró que los individuos con EH tuvieron mayor puntuación en las escalas de HAD ( $p = 0,016$ ), PSS ( $p = 0,019$ ), BED-Q ( $0,048$ ), GERD-Q ( $p = 0,043$ ) y EHAS ( $p = 0,0001$ ). En las correlaciones, HAD-A lo hizo con GERD-Q ( $r = 0,329$ ,  $p < 0,0001$ ), Eckardt ( $r = 0,350$ ,  $p = 0,0001$ ), PSS ( $r = 0,385$ ,  $p < 0,0001$ ) y RSI ( $r = 0,447$ ,  $p = 0,0001$ ). HAD-D se correlacionó con BED-Q ( $r = 0,348$ ,  $r = 0,0001$ ), GERD-Q ( $r = 0,287$ ,  $p = 0,0001$ ) y Eckardt ( $r = 0,349$ ,  $p < 0,0001$ ). Por último, EHAS se correlacionó

con GERD-Q ( $r = 0,347$ ,  $p < 0,0001$ ), Eckardt ( $r = 0,305$ ,  $p = 0,0001$ ), HAD-A ( $r = 0,501$ ,  $p < 0,0001$ ), HAD-D ( $r = 0,499$ ,  $p = 0,0001$ ) y PAGY-SYM ( $r = 0,348$ ,  $p = 0,0001$ ).

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que el trastorno psicológico se vincula con mayor intensidad de síntomas esofágicos.

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

## Mar274

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON DISFAGIA ESOFÁGICA. UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

J. S. Arenas-Martínez, D. I. Carmona-Guerrero, A. Martínez-Luna, M. F. García-Cedillo, V. J. Ornelas-Arroyo, D. Azamar-Llamas, E. S. Dellon, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La disfagia esofágica es un síntoma de alarma que requiere una evaluación estructurada que incluye una esofago-gastroduodenoscopia (EGD) y toma de biopsias de la mucosa esofágica. En México se ha registrado una baja prevalencia de esofagitis eosinofílica (EEO) en pacientes con pirosis resistente o síntomas gastrointestinales múltiples. No se ha descrito la prevalencia de EEO en adultos estudiados por disfagia esofágica en México.

**Objetivo:** Describir los hallazgos endoscópicos, frecuencia de toma de biopsias esofágica y prevalencia de EEO en pacientes sometidos a una EGD por disfagia esofágica en un centro de tercer nivel.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio transversal en un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. Se incluyó a pacientes que fueron objeto de EGD por disfagia entre enero de 2017 y diciembre de 2022. La información clínica se extrajo de los expedientes clínicos y se utilizó un formulario estandarizado de recopilación de datos demográficos, comorbilidades, hallazgos endoscópicos y resultados histopatológicos. Se excluyó a los pacientes

**Tabla 1.** Comparación de puntuaciones de los cuestionarios y escalas en sujetos con trastornos funcionales esofágicos. (Mar273)

Variable	ERGE n = 98	Esófago hipersensible n = 38	Pirosis funcional n = 30	Eructos supragástricos n = 40	p
Edad	54 (42-65)	49 (38-58)	43 (30-57)	53 (44-62)	0,094
Sexo					
Mujer, n (%)	56 (57,1%)	26 (68,4%)	19 (63,3%)	24 (60%)	*0,018
Hombre, n (%)	42 (42,9%)	12 (31,6%)	11 (36,7%)	16 (40%)	
IMC	26,8 (24-30,5)	27,3 (24,1-30,8)	26,9 (21,6-28,8)	27,3 (25,1-29)	0,321
HAD-A	7 (3,7-10)	7 (5-13,2)	7,5 (2-9)	5,5 (2-10)	*0,016
HAD-D	4 (1-6)	6 (2-11)	3 (1-6,2)	2 (0,2-6)	*0,017
PSS	21,5 (16,7-29)	27 (16-31,2)	23 (16,7-28)	19 (13-26,5)	*0,019
BED-Q	3 (0-13)	11,5 (1-19)	1 (0-12,5)	4,5 (0-17,2)	*0,048
GERD-Q	8 (4-12)	9 (4,7-12)	6,5 (3,7-8,5)	5,5 (2-9)	*0,043
ECKARD	3 (1-4)	4 (2,7-5)	2 (1,7-4)	3 (0,2-4,7)	0,133
EHAS	36 (24-48)	47 (35-52,2)	29,5 (17,5-45,5)	30 (8,5-45,7)	*0,0001
RSI	16,5 (12-24,5)	19,5 (14-31)	11 (5,5-21,2)	12,5 (4,7-23,7)	*0,005

BED-Q, Cuestionario corto de disfagia esofágica; EHAS, Escala de hipervigilancia y ansiedad esofágica; ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; HAD, Escala de ansiedad y depresión hospitalaria; GERD-Q, Cuestionario de la enfermedad por reflujo gastroesofágico; PSS, Escala de estrés percibido; RSI, índice de síntomas de reflujo.

con disfagia orofaríngea, cirugía esofagogástrica previa o datos clínicos incompletos (incluida la falta de informe de endoscopia). Un solo experto en patología gastrointestinal revisó las laminillas de los pacientes con biopsias de la mucosa esofágica. Los resultados se resumieron con estadísticas descriptivas. Se informan los datos preliminares del análisis.

**Resultados:** Se identificaron 853 EGD indicadas por disfagia, de las cuales 487 no cumplieron criterios de inclusión. De los restantes 366 casos, el 69,7% correspondió a mujeres, la media de edad fue de 55,8 (DE 16,6) años, el 2,2% tenía asma, 1,4% alergia alimentaria y 4,6% dermatitis atópica. El principal síntoma acompañante fue pirosis en 39,1%, seguido de dolor abdominal en 21,6% y dolor torácico en 18,6%. Se notificó al antecedente de impacción alimentaria en 6.3% de los casos. Al momento de la realización de la EGD, 42,3% de los sujetos consumía IBP y 8,7% utilizaba esteroides sistémicos o inhalados. La mediana de semanas entre el inicio de los síntomas y la EGD fue de 55,7 (RIC, 16,5-154) semanas. En la **Tabla 1** se muestran los hallazgos endoscópicos en los pacientes con disfagia. Entre los 108 pacientes con biopsia de la mucosa esofágica (29,5%), el 41,7% tomaba IBP y se encontró EEO en 9,3%.

**Conclusiones:** Los pacientes sometidos a una EGD por disfagia esofágica tienen una baja tasa de toma de biopsias y un alto número de estudios realizados con IBP, lo que puede conducir a un infradiagnóstico de EEO. Sin embargo, este estudio reconoció una mayor prevalencia de EEO en pacientes con disfagia y biopsia esofágica que la registrada antes en México. Se requieren esfuerzos educativos que ayuden a mejorar la evaluación diagnóstica de pacientes con disfagia y se sugieren estudios prospectivos poblacionales para conocer mejor la epidemiología de la EEO en México.

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

**Tabla 1.** Hallazgos endoscópicos de los pacientes con disfagia esofágica. (Mar274)

Características endoscópicas	n = 366
Normal % (n)	27 (99)
Esofagitis erosiva, n = 62	16,9 (62)
Los Ángeles A % (n)	29 (18)
Los Ángeles B % (n)	8,1 (5)
Los Ángeles C % (n)	37,1 (23)
Los Ángeles D % (n)	25,8 (16)
Anillo de Schatzki % (n)	5,7 (21)
Hallazgos indicativos de EEO	
Edema	2,5 (9)
Anillos	3,3 (12)
Exudados	1,4 (5)
Pliegues	1,9 (7)
Estenosis	10,9 (40)
Hernia hiatal % (n)	18,9 (69)
Candida % (n)	3,6 (13)
Úlceras % (n)	2,5 (9)
Acalasia % (n)	9 (33)
Tumor % (n)	4,1 (15)
EREFS informado % (n)	9,3 (34)
Biopsia realizada % (n = 108)	29,5 (108)
Consumo de IBP	41,7 (45)
Consumo de esteroides	10,2 (11)
EEO % (n)	9,3 (10)

## Mar275

### HALLAZGOS MANOMÉTRICOS EN ADULTOS MAYORES EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. HRAEBI ISSSTE

N. Martínez-Gómez, Y. M. Escandón-Espinoza, K. D. López-García, J. A. Espinoza-Hernández, L. Marcial-Pérez, L. A. Bustamante-Silva, J. D. Cabañas-Gómez, J. Téllez, Hospital Regional ISSSTE Tipo B de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia

**Introducción:** La manometría de alta resolución (MAR) se considera la norma de referencia para el diagnóstico de los trastornos motores del esófago. La esperanza de vida ha aumentado con los nuevos alcances médicos y terapéuticos, así como las innovaciones tecnológicas aplicadas en medicina, por lo que el envejecimiento en los adultos aumenta la aparición de trastornos motores esofágicos.

**Objetivo:** Describir los hallazgos manométricos en adultos mayores en el HRAEBI ISSSTE, las indicaciones médicas más frecuentes de MAR y las características demográficas, además de los hallazgos manométricos más frecuentes.

**Material y métodos:** Estudio transversal y retrospectivo en pacientes adultos mayores sometidos a manometría esofágica de alta resolución y con indicaciones para MAR durante el periodo de enero de 2020 a mayo de 2023. Se realizó estadística descriptiva con tablas 2 x 2. Criterios de inclusión: individuos mayores de 60 años que tuvieran indicación médica de MAR, con consentimiento informado y aceptación del procedimiento, valoración médica por un médico tratante y endoscopia alta previa. Criterios de exclusión: pacientes sin indicación médica de procedimiento manométrico, rechazo del procedimiento manométrico, declinación del consentimiento informado, ser menores de 59 años de edad y tener antecedentes de cirugías esofágicas o gástricas.

**Resultados:** Se incluyeron 837 estudios de MAR, de los cuales cumplieron los criterios de ingreso 587 pacientes, con edad promedio de 63,8 años y prevalencia del género femenino (59,8% vs. 40,7%). Las indicaciones más frecuentes fueron ERGE (52%), hernia hiatal (22%), disfagia (13,5%) y, en menor proporción, dolor torácico (9,0%). Los hallazgos más comunes fueron la motilidad normal en el 49,1%, seguida de la contractibilidad ausente en el 22,8%, motilidad inefectiva en el 15,8% y, como trastornos motores primarios, acalasia (4,9%).

**Conclusiones:** Los hallazgos más frecuentes en MAR fueron normales en el 49,1%; sin embargo, existen otras alteraciones motoras esofágicas que deben considerarse e identificarse en este grupo etario, como los siguientes trastornos motores mayores: contractibilidad ausente en más del 20%, que clínicamente puede ser significativa, y acalasia, que no debe subestimarse aunque estadísticamente tenga una prevalencia baja. Esto abre un área de oportunidad para este grupo poblacional de convertirse en objeto de estudio y debe considerarse la manometría esofágica de alta resolución dentro de este protocolo.

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

## Mar277

### DETECCIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN SALIVA HUMANA MEDIANTE TÉCNICA DE PCR. REPORTE INICIAL EN 10 PACIENTES

D. García-Domínguez, N. Ramírez-Durán, G. L. Manzanera-Leal, M. S. González-Huezo, Centro Médico ISSEMyM

**Introducción:** La infección crónica por *Helicobacter pylori* es altamente prevalente en países como éste y se relaciona con el desarrollo de

úlceras, atrofia, metaplasia intestinal, displasia, adenocarcinoma gástrico y linfoma del tejido linfoide vinculado con la mucosa gástrica. Se ha identificado *H. pylori* en la cavidad oral humana, que representa un reservorio potencial. Las técnicas moleculares que utilizan reacción en cadena de la polimerasa (PCR) han mostrado resultados prometedores en la identificación de *H. pylori* en muestras de biopsia gástrica, saliva y heces. En México no existen informes de identificación de este microorganismo por técnica de PCR en saliva de pacientes infectados.

**Objetivo:** Estandarizar un método para detección de *Helicobacter pylori* en saliva humana mediante PCR anidada y PCR regular con uso de primers específicos dirigidos a los genes *16S rRNA*, *VacA* y *UreA*.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional y descriptivo llevado a cabo en el Centro Médico ISSEMyM en colaboración con el Laboratorio de Microbiología Médica y Ambiental de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. Se integró con pacientes mayores de 18 años con infección por *H. pylori* confirmada mediante biopsia, en quienes se recolectó saliva con técnica de escurrimiento en vaso estéril. Las muestras se sometieron a tres tipos de pretratamiento: agitación constante a 50°C por ocho horas, aplicación de 5 mg/mL de N-acetil-L-cisteína y tratamiento combinado. Después se llevó a cabo la extracción de DNA mediante el kit de extracción RNA/DNA Purification Kit (Spin Column) (Daan Gene Co., ref. DA0591). La concentración y pureza del DNA se obtuvo mediante espectrofotómetro UV (EPOCH, BioTek, USA). Se realizó PCR común a partir de cebadores basados en el gen *16S rRNA* y PCR semianidada mediante cebadores basados en los genes *VacA* y *UreA*. Para evaluar la especificidad de las reacciones se empleó como control positivo la cepa de referencia *Helicobacter pylori* ATCC 43504 y dos controles negativos consistentes en DNA de *Streptococcus salivarius* y agua libre de nucleasas estéril. Se registraron los resultados de los primeros 10 pacientes incluidos.

**Resultados:** Un total de 8 de 10 muestras sometidas a agitación constante a 50°C por ocho horas y 8 de 10 muestras bajo tratamiento combinado mostraron una obtención de DNA adecuada al analizarse con espectrofotómetro y electroforesis (concentración > 20 ng/μL). Por su parte, 10 de 10 muestras tratadas con 5 mg/mL de N-acetil-L-cisteína revelaron una concentración > 20 ng/μL y grados de pureza en la relación 260/280 dentro de los intervalos recomendados. En cuanto a la detección de la bacteria y el genotipificado, se logró estandarizar la técnica para la amplificación de los tres genes seleccionados. Se observó que el método de detección basado en la amplificación de un fragmento del gen *16S rRNA* es menos específico para la detección bacteriana (3/10), respecto de lo obtenido con la amplificación de los genes *VacA* (6/10) y *UreA* (7/10) en sus versiones anidadas. Los resultados se observan en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** El método de detección que utiliza la amplificación de genes *VacA* y *UreA* en sus versiones anidadas es más efectivo y preciso para identificar la presencia de *H. pylori* a partir de muestras de

saliva. Aunque el objetivo del estudio se cumplió, el tamaño de la muestra no es suficiente para poder realizar análisis estadístico, por lo que el estudio continúa en curso. Se esperan resultados similares a los de Goud *et al.* con sensibilidad de 80%, especificidad de 77,7% y valor predictivo positivo de 72,7%. Esto permitirá un enfoque no invasivo, factible y confiable, y sugiere de forma adicional que la cavidad oral puede actuar como sitio inicial de infección por *H. pylori*.

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

## Mar278

### RELACIÓN DE RECAÍDA A TERAPIA DE ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN GASTRITIS CRÓNICA ACTIVA Y FAMILIARES POSITIVOS EN UNA POBLACIÓN DE GUATEMALA

C. N. Asencio-Barrientos, L. C. Barrios-Lupitou, E. I. Juárez-Valdez, Hospital Nacional de Jutiapa, Guatemala

**Introducción:** La infección gástrica por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) constituye un grave problema de salud mundial. Se calcula que más del 50% de la población mundial está infectada por *H. pylori* causante de gastritis crónica y un 15% a 20% de los casos origina úlceras pépticas, linfomas tipo MALT y cáncer gástrico. Se ha vinculado la recaída en el tratamiento de erradicación de *H. pylori* con antecedentes de diabetes mellitus, condición socioeconómica y hacinamiento, pero son pocos los estudios que establecen una relación con familiares positivos a infección por *H. pylori*. En Guatemala no se dispone de estudios que relacionen las recaídas en el tratamiento de erradicación y familiares positivos a infección de *H. pylori*.

**Objetivo:** Determinar la relación de las recaídas al tratamiento de erradicación de *H. pylori* en gastritis crónica activa y familiares positivos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de pacientes evaluados en la consulta externa de gastroenterología del Hospital Nacional de Jutiapa, Guatemala, que consultaron por síntomas de dispepsia con primera, segunda y tercera recaídas al tratamiento de erradicación de *H. pylori* del 1 de noviembre de 2022 al 30 de junio 2023, luego de cumplir los siguientes criterios de exclusión: erradicación de infección por *H. pylori* con primer esquema de tratamiento, diagnóstico previo con pruebas de anticuerpos en sangre de *H. pylori*, falta de aceptación de la prueba de aliento o antígeno de *H. pylori* en heces a todos los miembros de la familia, y nulo cumplimiento de los esquemas de tratamiento completo en recaídas.

Se analizó la relación de familiares positivos, hacinamiento, antecedentes de diabetes mellitus, estado nutricional con frecuencia de recaídas al tratamiento de erradicación de *H. pylori*. A todos los pacientes con recaída se les realizó gastroscopia para diagnóstico histopatológico y confirmar infección por *H. pylori*.

Se utilizó el programa estadístico Jamovi 1.1.9 para obtener medias, medianas y porcentajes, prueba ji cuadrada para análisis de variables categóricas y análisis unidireccional de varianza (ANOVA) para las variables continuas, con una  $p < 0,05$  como significativa.

**Resultados:** En total se conformó una muestra de 50 pacientes, con una mediana de edad de 44 años (15-83) y 31 (62%) pacientes femeninos; comorbilidades: hipertensión arterial en 6 (12%) y diabetes mellitus en 10 (20%). Estado nutricional normal en 30 (60%), sobrepeso en 12 (24%) y obesidad en 8 (16%). Hacinamiento en 14 (28%) de los pacientes y en 33 (66%) se identificaron uno o más familiares positivos de infección por *H. pylori*.

El nivel socioeconómico reconoció clase baja en 16 (32%), media baja en 25 (50%) y media alta en 9 (18%). Se observó una escolaridad primaria en 18 (36%), secundaria en 10 (20%), diversificada en

**Tabla 1.** Resultados de la detección de *Helicobacter pylori* mediante PCR a partir de muestras de saliva. (Mar277)

Muestra	Gen <i>16S rRNA</i>	Gen <i>VacA</i>	Gen <i>VacA</i> anidada	Gen <i>UreA</i>	Gen <i>UreA</i> anidada
1	+	+	+	+	+
2	-	-	-	-	-
3	-	-	+	-	+
4	+	+	+	+	+
5	-	+	+	+	+
6	-	-	-	-	-
7	-	-	+	-	+
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	+
10	+	+	+	+	+

18 (36%) y universitaria en 4 (8%). El diagnóstico histopatológico de los pacientes con recaída al tratamiento incluyó gastritis crónica activa en 23 (46%), metaplasia intestinal incompleta en 6 (12%) y completa en 4 (8%). La frecuencia de primera recaída ocurrió en 23 (46%), de la segunda en 15 (30%) y de la tercera en 12 (24%).

La primera recaída al tratamiento de erradicación con familiares positivos, el hacinamiento, la diabetes mellitus y el estado nutricional no fueron significativos. En la segunda y tercera recaídas influyó el factor de familiares positivos ( $p = 0,046$  y  $0,039$ , respectivamente) en comparación con el hacinamiento, el estado nutricional y la diabetes mellitus.

**Conclusiones:** En este estudio se encontró que la infección por *H. pylori* en familiares positivos influye en la segunda y tercera recaídas del tratamiento de erradicación en la gastritis crónica activa.

**Financiamiento:** Este trabajo no ha recibido patrocinio total o parcial de la institución gubernamental o la industria farmacéutica.

### Mar279

## EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE *HELICOBACTER PYLORI* EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO. ¿QUÉ FALTA POR HACER?

R. Guirao-Pérez, A. Y. Ávila-Franco, G. Bretón-Arroy, E. I. Juárez-Valdés, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

**Introducción:** *Helicobacter pylori* es todavía una de las infecciones bacterianas crónicas más comunes que afectan a los seres humanos. Es causante de enfermedad ulceropéptica y cáncer gástrico. Hoy en día, la relación entre *H. pylori* y síntomas dispépticos es aún controversial y, dado que en los últimos consensos se la considera ya una enfermedad infecciosa, se recomienda el tratamiento de erradicación en todos los pacientes, por lo que es primordial caracterizar las manifestaciones clínicas, la tasa de respuesta y los efectos adversos del tratamiento.

**Objetivo:** Describir los principales hallazgos clínicos, endoscópicos e histopatológicos, así como la respuesta al tratamiento y los efectos adversos de éste, en pacientes con diagnóstico de infección por *H. pylori* en el Hospital Juárez de México.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, observacional y retrospectivo. Se recolectaron datos de pacientes mediante interrogatorio directo y revisión del expediente clínico que acudieron a la consulta externa de gastroenterología durante el periodo de enero a junio del 2023, con diagnóstico por histopatología de infección por *H. pylori* y que recibieron tratamiento de erradicación. Con posterioridad se evaluaron la respuesta al tratamiento y los efectos adversos relacionados.

**Resultados:** De los 94 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 72 (76,6%) correspondieron al sexo femenino y 22 (23,4%) al masculino, con una media de edad de 54 años. Los síntomas notificados con mayor frecuencia fueron dolor epigástrico en el 79,7%, distensión abdominal en 55,3% y náusea en 43%. Los hallazgos endoscópicos identificados fueron gastritis erosiva (50%), gastritis folicular (21,2%) y atrofia (13,8%). En cuanto a la histología registrada, el 41,4% correspondió a gastritis folicular, el 39% a gastritis crónica de predominio antral y el 11,7% a gastritis crónica corporal. Hasta 71 (75,5%) recibieron tratamiento con esquema cuádruple con bismuto, 9 (9,5%) concomitante, 14 (14,8%) con triple tratamiento. El 90% fue objeto de prueba de antígeno fecal para evaluar erradicación, con resultado negativo en 81 (95%) de los casos. Los efectos adversos informados relacionados con el tratamiento fueron con mayor frecuencia náusea (40,4%), disgeusia (38,2%) y dolor abdominal intenso (30,8%).

**Conclusiones:** Se identificó que el dolor epigástrico fue el principal motivo de consulta. Los hallazgos endoscópicos más comunes fueron

los ya señalados en las publicaciones médicas (alteración erosiva y folicular) confirmados por histología. Se registró una tasa de erradicación mayor del 90% con la modalidad cuádruple con bismuto. La náusea y el dolor abdominal intenso fueron los efectos adversos más importantes identificados y este último representó el motivo principal para la suspensión del tratamiento; en consecuencia, el control de los síntomas durante el tratamiento de erradicación podría representar una estrategia útil para incrementar el apego, mejorar las tasas de erradicación y disminuir la resistencia a los antibióticos.

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

### Mar280

## PREVALENCIA DE LESIONES PRECURSORAS DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *H. PYLORI*

F. A. Félix-Téllez, A. G. Pérez-Castañeda, R. Aguirre-Lázaro, J. M. Aldana-Ledesma, E. S. García-Jiménez, J. A. Velarde-Chávez, A. Guzmán-Lepe, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La prevalencia de infección por *H. pylori* en México varía de acuerdo con los estudios publicados de 50% a 85%. En este país también se considera con incidencia elevada el adenocarcinoma gástrico y algunas series han registrado tasas de 13 casos por 100.000 habitantes. Es escasa la evidencia epidemiológica de *H. pylori* en México y su relación con lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico, por lo que se consideró importante realizar este protocolo.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico en pacientes con infección por *H. pylori*.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo con delimitación temporal de enero del 2022 a junio del 2023 en el que se recolectaron datos de pacientes valorados por dispepsia no investigada con biopsias positivas para infección por *H. pylori* en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente del país. Se registraron datos sociodemográficos, así como los registros de histopatología de biopsias gástricas por protocolo endoscópico de Sydney, valoradas por un patólogo asignado al servicio de gastroenterología. Se consideraron lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico la gastritis atrófica, la metaplasia intestinal completa, la metaplasia intestinal incompleta y la displasia.

**Resultados:** Se registro un total de 130 pacientes con edad media de  $53 \pm 14$  años y en ellos predominó el sexo femenino con 73,1% ( $n = 95$ ). Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron gastritis folicular (43,6%) y gastritis erosiva (28,2%). Se observó una prevalencia de lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico del 26,2% (IC95%, 18-34) y de adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal del 1,5% (IC95%, 0,1-5,0). Entre las lesiones precursoras predominó la gastritis atrófica con 61,7% ( $n = 21$ ), seguida por metaplasia intestinal completa con 23,5% ( $n = 8$ ), metaplasia intestinal incompleta con 8,8% ( $n = 3$ ), displasia de bajo grado con 2,9% ( $n = 1$ ) y displasia de alto grado con 2,9% ( $n = 1$ ). Al comparar los pacientes con lesiones premalignas con aquéllos sin este tipo de lesiones no se identificó diferencia significativa en la edad (57 años vs. 52 años,  $p = 0,39$ ) o sexo (femenino 41,7% vs. masculino 20,6%,  $p = 0,18$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico intestinal es frecuente en la población mexicana con infección por *H. pylori*; en este estudio se identificó una prevalencia mayor a la informada en el plano global.

**Financiamiento:** Sin financiamiento alguno.

## Mar281

### RESPUESTA CLÍNICA DE GLOBUS A LA TERAPIA DE ERRADICACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

F. A. Félix-Téllez, K. E. Medina-Morales, M. A. Escobar-Montes, G. J. Peña-Barajas, M. M. Ponce-Cortés, S. M. Barceló-Valdez, J. M. Aldana-Ledesma, E. C. Morel-Cerda, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La sensación de globus se ha acompañado de trastornos esofágicos y afectación de cabeza y cuello. Sin embargo, no existe una relación de causalidad con dichos trastornos y gran parte de los pacientes se cataloga dentro del diagnóstico de globus funcional. Cierta evidencia demuestra una prevalencia elevada de *H. pylori* en pacientes con globus, pero son escasos los datos sobre el efecto terapéutico que la erradicación de *H. pylori* puede generar en estos pacientes.

**Objetivo:** Determinar si la erradicación de *H. pylori* atenúa la gravedad de la sensación de globus.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo con delimitación temporal de enero del 2022 a mayo del 2023 en el que se valoró a los pacientes con diagnóstico de infección por *H. pylori* en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente del país. Se seleccionó a los pacientes que refirieron la presencia de globus para luego registrar datos sociodemográficos. Se aplicó el cuestionario FBST para gravedad de globus, antes de instituir tratamiento de erradicación y después de la erradicación. Para comparar la diferencia de la puntuación de FBST posttratamiento se efectuó un análisis de comparación de medias para muestras relacionadas con una prueba de Wilcoxon.

**Resultados:** Se registró un total de 87 pacientes con edad media de  $52 \pm 14$  años y en ellos predominó el sexo femenino con un 81,6% ( $n = 71$ ). El 2,2% ( $n = 2$ ) de los pacientes contaba con hallazgo endoscópico de parche heterotópico de mucosa gástrica y un 11,4% ( $n = 20$ ) cumplía criterios definitorios de enfermedad por reflujo gastroesofágico por criterios del consenso de Lyon. Todos los pacientes recibieron tratamiento cuádruple concomitante a base de claritromicina con una tasa de erradicación del 100%, confirmada con antígeno fecal para *H. pylori*. Al comprar la gravedad de globus pretratamiento y postratamiento se encontró que la erradicación de *H. pylori* sí mejora la gravedad sintomática de dicho síntoma (FBST pretratamiento:  $3,88 \pm 2,74$  vs. FBST postratamiento:  $2,74 \pm 2,06$ ,  $p \leq 0,001$ ).

**Conclusiones:** Se ha descrito una vinculación de *H. pylori* con la sensación de globus y en este estudio se demostró que el tratamiento de erradicación para *H. pylori* mejora la gravedad de la sensación de globus.

**Financiamiento:** Ningún financiamiento.

## Mar282

### ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

A. G. Pérez-Castañeda, F. A. Félix-Téllez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. A. Velarde-Chávez, E. S. García-Jiménez, J. M. Aldana-Ledesma, E. C. Morel-Cerda, R. Aguirre-Lázaro, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La prevalencia de infección por *H. pylori* en México varía según sean los estudios publicados de 50% a 85%. La prevalencia mundial de enfermedad autoinmunitaria es de 3% a 8% y afecta

en su mayoría a mujeres (78%-85%); es similar a la de México. Los dos factores de virulencia de *H. pylori* (CagA y VacA) se han investigado de manera amplia. CagA es el primer factor de virulencia de *H. pylori* relacionado con enfermedades más graves y puede afectar a muchos procesos celulares. Además, VacA tiene múltiples funciones, desde inducir la apoptosis hasta regular el sistema inmunitario. Ambos afectan la forma de las células y las células inmunitarias, lo que puede ser la causa de cifras elevadas de anticuerpos autoinmunitarios o ser un activador de enfermedades autoinmunitarias. En la actualidad existe poca evidencia epidemiológica de *H. pylori* en México y su relación con enfermedades autoinmunitarias, por lo que se consideró importante realizar este estudio.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de enfermedades autoinmunitarias en pacientes con infección por *H. pylori*.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo con delimitación temporal de enero del 2022 a junio del 2023 en el que se recolectaron datos de pacientes valorados por dispepsia no investigada con biopsias positivas para infección por *H. pylori* en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente del país. Se registraron datos sociodemográficos, así como los informes de histopatología de biopsias gástricas por protocolo endoscópico de Sydney. Se colectaron datos en la entrevista y expediente electrónico de los registros de las enfermedades autoinmunitarias notificadas por los pacientes del estudio. La erradicación de *Helicobacter pylori* se confirmó mediante prueba de antígeno en heces.

**Resultados:** Se registró un total de 130 pacientes con edad media de  $53 \pm 14$  años en los cuales predominó el sexo femenino con un 73,1% ( $n = 95$ ). Se registró una prevalencia de enfermedades autoinmunitarias del 15,3% (IC95%, 9,66-22,7) que corresponde a 20 pacientes; el diagnóstico de infección por *H. pylori* se estableció mediante estudio histopatológico en 18 pacientes y por antígeno en heces en dos sujetos. En los pacientes sometidos a endoscopia, el diagnóstico más frecuente fue gastritis folicular con 61,1%. Todos los individuos con *H. pylori* recibieron tratamiento de erradicación con esquema concomitante con una tasa de éxito del 100%. Entre las enfermedades autoinmunitarias se registró mayor prevalencia con EoE (25%), artritis psoriásica (15%), artritis reumatoide (10%), colitis microscópica (10%), hepatitis autoinmunitaria (10%) y espondilitis anquilosante (10%); las enfermedades menos prevalentes fueron lupus eritematoso, DM 1 y síndrome de Sjögren con una prevalencia de 5%.

**Conclusiones:** La prevalencia de enfermedad autoinmunitaria e infección por *H. pylori* es mayor que en la población general. Las enfermedades más predominantes en esta serie fueron EoE y artritis psoriásica. Esta conclusión abre la posibilidad de buscar de forma intencionada infección de *H. pylori* en pacientes con antecedente de enfermedades autoinmunitarias y con ello lograr la erradicación.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para este trabajo.

## Mar283

### PREVALENCIA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON COVID-19: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

A. Piedras-Hernández, R. H. Raña-Garibay, J. Donis-Hernández, L. Escobedo-Berumen, Hospital Español

**Introducción:** El sangrado del tubo digestivo alto no variceal (ST-DAnV) es un trastorno frecuente que se ha presentado en enfermos que cursan con infección por el virus del SARS-CoV-2 (COVID-19). En la actualidad no hay algún estudio mexicano que

muestre en realidad la prevalencia de esta vinculación en sus centros hospitalarios; por esta razón no hay recomendaciones o guías con recomendaciones específicas sólidas basadas en evidencia. Por lo tanto, es importante conocer la prevalencia y evidenciar este nexo con la finalidad de poder emitir recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento adecuado para esta relación.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de STDAnV en pacientes hospitalizados en el Hospital Español de México con diagnóstico de infección por COVID-19.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: observacional, descriptivo y transversal. Se consideró a pacientes mayores de 18 años ingresados al área de hospitalización con diagnóstico de COVID-19 y que presentaran STDAnV en el periodo comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Variables: edad, sexo, sangrado de tubo digestivo alto no variceal, melena, hematemesis, realización de estudio endoscópico, hemoglobina, hematocrito, plaquetas, obesidad, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y mortalidad. Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva para obtener variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media, mediana, moda, así como medidas de dispersión: desviación estándar, varianza), e inferencial para la edad, hemoglobina, hematocrito, plaquetas y mortalidad. En las variables cualitativas se consideraron sangrado de tubo digestivo alto no variceal, melena, hematemesis, tratamiento endoscópico, obesidad, hipertensión y diabetes mellitus; el sexo se analiza con frecuencia y porcentaje.

**Resultados:** De los 560 pacientes ingresados a salas COVID por diagnóstico de infección del virus SARS-CoV-2 (COVID-19), 36 tenían STDAnV (6,4%). De estos pacientes, 12 pacientes eran mujeres (33%) y 24 varones (67%) (Tabla 1). La mediana de edad en esta población fue de 57 años. La prevalencia fue de 6,42% del universo total de pacientes con infección por SARS-CoV-2 (100%). De los 36 sujetos incluidos en el estudio, la relación de COVID-19 y STDAnV con las enfermedades crónicas degenerativas fue de 18 pacientes para hipertensión arterial sistémica (50%), 13 (36,11%) pacientes para diabetes mellitus de tipo 2 y 13 (36%) para obesidad previamente diagnosticadas (Tabla 1). En los sujetos con STDAnV y COVID-19, las

manifestaciones clínicas más frecuentes fueron melena y hematemesis, la primera en 28 pacientes (77%) y la segunda en 12 (33%) (Tabla 1). De los mismos pacientes incluidos, 7 (19%) fallecieron a causa de las complicaciones de la COVID-19 y STDAnV. De los 36 pacientes que cumplieron las características de criterios de inclusión al estudio, 28 (78%) se sometieron a estudio endoscópico y los 8 (22%) restantes sólo recibieron atención médica en la que no se solicitó estudio endoscópico diagnóstico o terapéutico.

**Conclusiones:** La prevalencia de STDAnV en pacientes con COVID-19 en este estudio es similar a la notificada antes en la bibliografía médica. Con el advenimiento de más información sobre el virus y sus posibles manifestaciones y complicaciones, podrá reconocerse una vía diagnóstica y terapéutica más conveniente para estos enfermos, para poder atenuar las comorbilidades de esta relación; asimismo, se requieren estudios con mayor población de pacientes para inferir una conclusión basada en resultados significativos.

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

## Mar284

### EFFECTOS ADVERSOS GASTROINTESTINALES POS-VACUNACIÓN ANTI-SARS-CoV-2

M. J. Schmulson-Wasserman, Y. A. Miranda-Guzmán, R. M. Wong-Chew, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

**Introducción:** Si bien el COVID-19 se relaciona con síntomas gastrointestinales (GI), no se conoce bien la frecuencia de estos síntomas como efectos adversos de la vacunación contra el SARS-CoV-2. Algunos informes han publicado una frecuencia de efectos adversos GI posvacunación (dolor abdominal, diarrea, dispepsia, náusea) de 8,8% a 30,4%.

**Objetivo:** Explorar la presencia de efectos adversos GI de vacunación anti-SARS-CoV-2 en una consulta de gastroenterología en la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 491 pacientes consecutivos que consultaron a un solo gastroenterólogo en el periodo del 5 de agosto de 2021 al 14 de noviembre de 2022. Se describieron el tipo de vacuna, la frecuencia de efectos secundarios en general y, de manera específica, los GI, además de las posibles diferencias de acuerdo con el número de dosis recibidas. Los resultados se expresan en porcentajes e intervalos de confianza del 95% (IC95%) y medias  $\pm$  DE, y se analizaron mediante ji cuadrada y t de Student cuando fuera apropiado. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Del total de pacientes, 481 pacientes (98%) estaban vacunados. La edad de los vacunados fue mayor que la de los no vacunados:  $49,9 \pm 19,6$  contra  $37,5 \pm 18,9$  años ( $p = 0,049$ ). Los vacunados incluyeron a 58,6% de mujeres y 41,4% de hombres sin diferencias en edad. Las vacunas utilizadas en orden de frecuencia fueron Pfizer (43,8%), combinaciones (22,3%), Moderna (21,7%), AstraZeneca (6,1%), Johnson & Johnson (J&J) (4,2%), Sputnik (1,3%) y CanSino (0,6%). El 58,1% (IC95%, 53,6-62,5) mostró al menos un efecto adverso posvacunación; la frecuencia de acuerdo con la vacuna administrada fue la siguiente: Moderna (70,9%), combinaciones (66,0%), Pfizer (52,4%), Sputnik (50,0%), AstraZeneca (41,4%), J&J (40,0%), CanSino (33,3%) ( $p = 0,004$ ). De los efectos adversos, 10,9% (7,7%-15,1%) fueron GI, pero no hubo diferencias en la frecuencia general de efectos adversos GI de acuerdo con el tipo de vacuna: J&J (15,0%), Moderna (9,7%), AstraZeneca (6,9%), Pfizer (6,3%) y combinaciones (1,9%) ( $p = 0,192$ ). Sin embargo, la diarrea fue el único síntoma GI específico que se diferenció de acuerdo con el tipo de vacuna, en particular con la vacuna J&J (Tabla 1). El resto de los efectos GI (dolor abdominal, vómito, náusea, reflujo,

Tabla 1. (Mar283)

Características de los pacientes	SARS-COV2-COVID 19 + STDAnV n= 36
Edad, años, mediana	57 años
Sexo, masculino, n (%)	24 (67%)
Comorbilidades, n (%)	
Hipertensión arterial sistémica	18 (50%)
Diabetes Mellitus tipo 2	13 (36.11%)
Obesidad grado 1	1 (2.7%)
Obesidad grado 2	
Signos de STDAnV, n (%)	
Melena	28 (77%)
Hematemesis	12 (33%)
Análisis al ingreso, mediana (RIQ)	
Hemoglobina	14.64 (4-17.1)
Plaquetas	234 (32-550)
Hematocrito	43.93 (12-69)
Estudio endoscópico, n (%)	
Si	28 (78%)
No	8 (22%)
Mortalidad, n (%)	
Mortalidad	7 (19%)

epigastria, dolor retroesternal) no mostró diferencias con respecto al tipo de vacuna. Por último, se identificó una tendencia a incrementar la frecuencia de efectos GI luego de tres dosis de AstraZeneca (hasta 16,7%), Moderna (hasta 15,1%) y Pfizer (7,0%) ( $p = 0,075$ ).

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes vacunados contra SARS-CoOV-2 señalaron efectos adversos generales, pero sólo 1 de cada 10 de ellos efectos GI. La diarrea fue el único efecto GI que fue diferente de acuerdo con la vacuna, en especial prevalente con J&J. A pesar de que éste es quizá el único estudio que ha comparado los efectos secundarios de múltiples vacunas, una limitante de estos datos es la diferencia en la proporción de vacunas aplicadas en este país y, en esta serie, la subrepresentación de algunas de ellas como la vacuna CanSino.

**Financiamiento:** Financiado parcialmente por la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Tabla 1. (Mar284)

Tipo de vacuna	n	Diarrea		p
		No	Sí	
		%	%	
Pfizer	208	98,6	1,4	0,003
Moderna	103	90,3	9,7	
J&J	20	85,0	15,0	
AstraZeneca	29	93,1	6,9	
CanSino	3	100	0	
Sputnik	6	100	0	
Combinaciones	106	98,1	1,9	

J&J, Johnson & Johnson.

## Mar285

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO: IMPACTO DE LA EMERGENCIA SANITARIA DE COVID-19

S. K. Dosal-Limón, J. O. Soto-Llanes, R. R. Sánchez-Rosado, A. Vela-Torres, G. Ramírez-García, J. A. Villanueva-Herrero, L. J. Ortiz-Pacheco, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El carcinoma colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes mundiales y representa una importante carga para los sistemas de salud. Durante la pandemia de COVID-19 se produjo una interrupción de la atención médica, lo que llevó a retrasos en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades no relacionadas con el virus. En México, el CCR es la tercera causa de muerte por cáncer en hombres y la cuarta en mujeres. Es importante comprender los efectos de la emergencia sanitaria en la atención de pacientes con CCR y analizar las características clínicas y resultados de cirugía una vez que la atención hospitalaria se regularizó.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y resultados de cirugía en pacientes con cáncer colorrectal en un hospital de tercer nivel en México después de regular la atención hospitalaria por la emergencia sanitaria de COVID-19.

**Material y métodos:** Se incluyó a 109 pacientes consecutivos con CCR atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital General

de México Dr. Eduardo Liceaga, sometidos a cirugía en el periodo de abril de 2022 a marzo de 2023. Se recopilaron datos demográficos, comorbilidades, localización del tumor, estadio clínico, tratamiento quirúrgico y complicaciones posoperatorias. Los datos se analizaron mediante el paquete SPSS versión 25 con uso de estadísticas descriptivas para obtener medidas de tendencia central y distribución de frecuencias, lo que permitió una comprensión detallada de las características clínicas y los resultados de la cirugía en esta muestra de pacientes.

**Resultados:** De los pacientes incluidos en el estudio, 55 eran masculinos (50,5%) y 54 femeninos (49,5%). La edad media fue de  $58 \pm 12,49$  años. Durante el periodo de estudio se observó un incremento significativo del número de sujetos en estadios tardíos de la enfermedad, posiblemente debido a la disminución de los casos de COVID-19 y la mayor disponibilidad de atención hospitalaria. La localización más frecuente del tumor fue el recto (53,2%), seguido del colon izquierdo (22,9%). La mayoría de los pacientes se encontraba en estadio clínico IV (46,8%). La resección anterior baja fue el procedimiento quirúrgico más común (12,8%). Se observaron complicaciones posoperatorias en 13,2% de los pacientes (Tabla 1).

**Conclusiones:** Este estudio resalta la importancia de la detección temprana y el acceso oportuno a la atención médica para los pacientes con cáncer colorrectal. Tras regular la atención hospitalaria por la emergencia sanitaria de COVID-19, se reconoció un aumento en pacientes en estadios tardíos de la enfermedad. Es crucial fortalecer los protocolos de atención, aplicar estrategias de prevención y diagnóstico temprano, y establecer programas de seguimiento a largo plazo. Esto mejorará los resultados quirúrgicos, reducirá las complicaciones y salvará vidas. En situaciones de crisis sanitaria debe garantizarse una atención médica continua y de calidad para los pacientes con CCR.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con CCR. (Mar285)

Variable	Pacientes con CCR (n = 109)
<b>Género, n (%)</b>	
Masculino	55 (50,5)
Femenino	54 (49,5)
Edad-X $\pm$ DE	58 $\pm$ 12,49
<b>Localización del tumor, n (%)</b>	
Colon derecho	23 (21,1)
Colon transverso	02 (1,8)
Colon izquierdo	25 (22,9)
Recto	58 (53,2)
Colon transverso + recto	01 (0,9)
<b>Estadio clínico, n (%)</b>	
I	6 (5,5)
II	13 (11,9)
III	39 (35,8)
IV	51 (46,8)
<b>Tratamiento quirúrgico, n (%)</b>	
Resección anterior baja	14 (12,8)
Resección anterior ultrabaja	06 (5,5)
Resección abdominoperineal	01 (0,9)
Hemicolectomía derecha	15 (13,8)
Hemicolectomía izquierda	09 (8,3)
Ileostomía*	16 (14,7)
Colostomía*	37 (33,9)
En espera de tratamiento quirúrgico	11 (10,1)
<b>Complicaciones posoperatorias, n (%)</b>	15 (13,2)

\*En espera de tratamiento definitivo.

## Mar286

## CORRELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DE DISPEPSIA FUNCIONAL Y DISTENSIÓN ABDOMINAL: LA OTRA CARA DE LA MONEDA

P. A. Alvarado-Garza, F. A. Félix-Téllez, L. F. Ochoa-Meza, L. M. Mo-ye-Haro, C. P. Jaén-Villanueva, A. Páez-Barrantes, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. M. Avendaño-Reyes, A. R. Flores-Rendón, Hospital ISSSTECALI Mexicali

**Introducción:** La dispepsia funcional y la distensión abdominal son síndromes con alta prevalencia en la población mexicana. Se ha descrito una vinculación de la distensión abdominal con mecanismos fisiopatológicos de la dispepsia funcional como es el caso de la hipersensibilidad visceral; sin embargo, es escasa la evidencia acerca de la relación sintomática de dispepsia funcional y distensión abdominal.

**Objetivo:** Determinar si existe una vinculación de distensión abdominal con los síntomas de dispepsia funcional.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de corte trasversal, observacional y analítico con delimitación temporal del 12 de junio al 7 de julio del 2023. Se aplicó una encuesta en línea en población abierta en 26 estados de la República Mexicana, por medio de la cual se recolectaron datos sociodemográficos, antecedentes patológicos, así como síntomas de dispepsia y distensión abdominal. La gravedad sintomática se valoró con una escala de Likert. Se realizó un análisis de regresión logística univariado y multivariado con la prueba ji cuadrada, con intervalos de confianza al 95%, más una comparación de medias para muestras independientes con prueba t de Student.

**Resultados:** Se estudió a un total de 524 pacientes con edad media de  $34,7 \pm 13,2$  y predominio del sexo femenino (65,6%). Se encontró una prevalencia de distensión abdominal de 14% (IC95%, 11-18), dolor epigástrico de 23% (IC95%, 20-27), saciedad temprana de 31% (IC95%, 27-35) y plenitud posprandial de 15% (IC95%, 12-19). En el análisis multivariado se reconoció una relación estadísticamente significativa de distensión abdominal inespecífica con plenitud posprandial ( $p = 0,001$ ; OR, 3,435; IC95%), distensión abdominal total con plenitud posprandial ( $p = 0,009$ ; OR, 2,224; IC95%) y distensión abdominal superior con dolor abdominal ( $p = 0,001$ ; OR, 6,005; IC95%).

**Conclusiones:** La distensión abdominal se vincula con síntomas dispépticos relacionados con hipersensibilidad visceral, como el dolor epigástrico, y también con síntomas por el retraso del vaciamiento gástrico, como la plenitud posprandial. En consecuencia, tales síntomas podrían compartir mecanismos fisiopatológicos y por ende las mismas opciones terapéuticas. Para demostrar dicha vinculación fisiopatológica son necesarias pruebas de baróstato gástrico y vaciamiento gástrico en estudios posteriores.

**Financiamiento:** No hubo financiamiento de ningún tipo.

## Mar287

## LA LONGITUD DEL BAZO SE RELACIONA CON LAS VARICES ESOFAGOGÁSTRICAS

S. A. Vera-Nungaray, I. E. Severino-Ferreras, V. Tinoco-de León, M. I. Torres-Ruiz, C. D. Contreras-Tejeida, D. F. Abendaño-Rivera, E. Altamirano-Castillo, F. Higuera-De la Tijera, S. Camacho-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Las varices esofagogástricas (GOV1 y2) y gástricas aisladas (IGV1 e IGV2) son consecuencia de alteraciones fisiopatoló-

gicas en pacientes con cirrosis. No se han investigado en fecha reciente las características ultrasonográficas del bazo de pacientes con varices por cirrosis en la población mexicana.

**Objetivo:** Identificar características ultrasonográficas del bazo relacionadas con varices gástricas y esofagogástricas en pacientes con cirrosis.

**Material y métodos:** Se reunieron características ultrasonográficas del bazo de 81 pacientes cirróticos ( $56,12 \pm 10,65$  [53,8-58,44], 37% mujeres) con GOV1 ( $n = 32$ ), GOV2 ( $n = 50$ ), IGV1 ( $n = 12$ ) e IGV2 ( $n = 2$ ). Los datos expresan el promedio  $\pm$  DE e IC95% o porcentajes, según correspondiera. Se usó la prueba t de Student no pareada, con dos colas y un alfa = 0,05.

**Resultados:** Los pacientes con GOV1 demostraron tener un aumento del tamaño del bazo en milímetros en comparación con los pacientes con GOV2 ( $149,48 \pm 28,77$  [139,51-159,45] vs.  $147,16 \pm 34,14$  [137,7-156,62],  $p = 0,038$ ) e IGV1 ( $149,48 \pm 28,77$  [139,51-159,45] vs.  $143,08 \pm 28,27$  [127,08-159,07],  $p = 0,0006$ ).

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren la utilidad del uso de la longitud total del bazo como marcador no invasivo y posible predictor de presencia de varices GOV2 en pacientes con cirrosis. Se requieren estudios posteriores con comparación entre otras enfermedades o sujetos sanos.

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

## Mar288

## CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

L. A. Torrez-Arias, C. S. Tinitana-Jumbo, K. Cazarín-Chávez, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer gástrico es todavía la tercera causa de muerte por cáncer en todo el mundo con una variabilidad en la incidencia, mucho mayor en el continente asiático. México se considera un país de prevalencia intermedia (cerca de 10 casos por 100.000 habitantes) y afecta por lo general a personas de edad avanzada; la edad al diagnóstico promedio es de 65 años y es resultado de lesiones premalignas; se presenta más a menudo en los estadios III y IV, con una supervivencia a cinco años del 31% que depende sobre todo de la etapa al momento del diagnóstico, por lo que la detección oportuna es importante.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, endoscópicas e histológicas en pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo y de tipo serie de casos, durante el periodo de enero de 2022 a junio de 2023, que incluyó a pacientes hospitalizados en quienes se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se recabaron antecedentes, cuadro clínico, informe endoscópico e histopatológico. Para resumir variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas media y desviación estándar.

**Resultados:** Se incluyó a 28 pacientes, la mayoría hombres (64,3%), con una edad media de  $56,2 \pm 12$  años. De ellos, 17 (60,7%) tenían antecedente de consumo de alcohol y sólo uno antecedente familiar de cáncer gástrico. El tiempo de retraso en el diagnóstico fue hasta de tres años (intervalo, 2-6 años) desde el comienzo de los síntomas iniciales, el más frecuente de los cuales fue la dispepsia

**Tabla 1.** Características clínicas, endoscópicas e histológicas. (Mar288)

	Porcentaje	
<b>Género</b>		
Hombres	18	64,3
Mujeres	10	25,7
<b>Edad</b>		
Media + DE	56,2 ± 12	
Intervalo	28-75	
< 39	3	10,7
40-59	11	39,3
60-79	14	50
<b>AHF</b>		
Tabaco	12	42,9
Alcohol	17	60,7
IMC	21,93	
<b>Tiempo de evolución</b>		
1 año	4	14,3
2 años	8	28,6
3 años o más	16	57,1
<b>Síntomas principales al inicio</b>		
Dolor abdominal	15	53,6
Hemorragia gastrointestinal	0	0
Dispepsia	13	46,4
<b>Motivo de hospitalización</b>		
Dolor abdominal	6	21,4
Hemorragia gastrointestinal	17	60,7
Dispepsia	5	17,9
<b>Pérdida de peso</b>		
No	2	7,1
5-10 kg	9	32,1
11-20 kg	10	35,7
Mayor de 20 kg	7	25
<b>Localización endoscópica</b>		
Antro	9	32,1
Cuerpo	17	60,7
Fondo	2	7,1
<b>Clasificación endoscópica</b>		
Borrmann I	1	3,6
Borrmann II	2	7,1
Borrmann III	13	46,4
Borrmann IV	12	42,9
<b>Tipo histológico</b>		
Intestinal	5	17,9
Difuso	19	67,9
Mixto	4	14,3
<b>Grado histológico</b>		
Diferenciado	0	0
Moderadamente diferenciado	8	28,6
Indiferenciado	20	71,4
<b>Estadio TNM</b>		
Estadio I	1	3,6
Estadio II	7	25
Estadio III	6	21,4
Estadio IV	14	50

(60,8%). En la mayor de los casos, el motivo de ingreso fue la hemorragia digestiva alta (60,7%) a nivel de cuerpo, con clasificación de Borrmann III y IV en 46% y 42%, respectivamente, con informe histopatológico de adenocarcinoma en todos los casos. Se clasificaron con los tipos difuso en 67,9%, intestinal en 17,9%, mixto en 14,3%, en anillo de sello en 35% y poco diferenciados en 71,4% (Tabla 1).

**Conclusiones:** En el centro de los autores, el cáncer gástrico es un motivo de ingreso frecuente, las más de las veces con un retraso diagnóstico hasta de tres años y confundido de forma primaria con dispepsia, que en un elevado porcentaje no la investiga oportunamente el médico que refiere; esto da lugar a identificar la neoplasia en etapas tardías, lo cual contribuye a un peor pronóstico. La detección oportuna es importante para cambiar el curso de la evolución de esta anomalía.

**Financiamiento:** No se tuvo financiamiento para este estudio.

## Mar289

### CARACTERIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS MANOMÉTRICOS EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN POBLACIÓN MEXICANA

E. Goudet-Vértiz, Y. Zamorano-Orozco, A. L. De Sales-Iturbe, D. F. Cafaggi-Padilla, A. R. Guzmán-Cárcamo, M. V. Ramos-Gómez, CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La manometría de alta resolución (MAR) esofágica evalúa el estado funcional motor del esófago. La clasificación de Chicago V4.0 es la más actual y facilita la interpretación de las topografías de presión obtenidas durante los estudios de MAR.

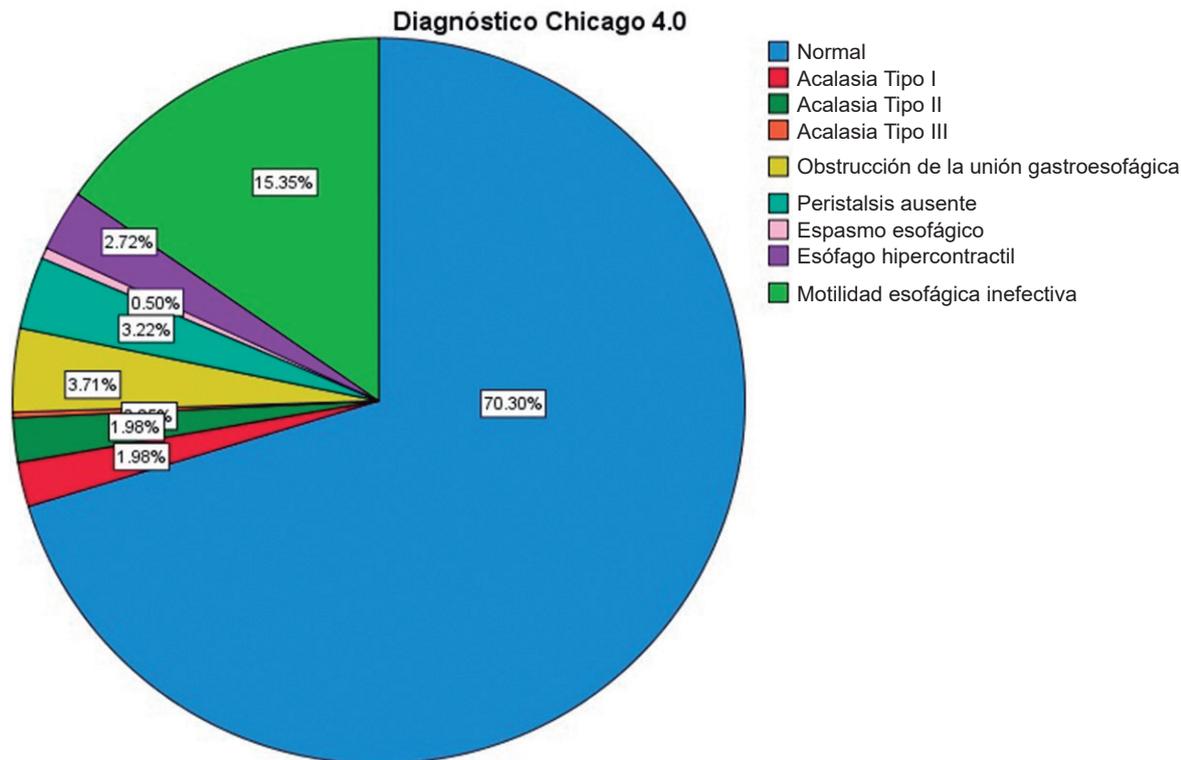
**Objetivo:** Evaluar los resultados manométricos en pacientes adultos sin afecciones sistémicas, como las enfermedades sistémicas crónico-degenerativas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo transversal que incluyó una muestra de 404 pacientes sometidos a manometría esofágica en el periodo comprendido entre junio de 2021 y junio de 2023. Las variables categóricas se expresaron como porcentaje en cada categoría. La significación estadística para las diferentes variables categóricas se verificó mediante la prueba  $\chi^2$  de Pearson. Las múltiples comparaciones se realizaron con la prueba  $\chi^2$ ; para las variables que no cumplían el supuesto de normalidad se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes. Para este estudio se notificaron sólo las comorbilidades de los pacientes; de las mediciones se informaron sólo la longitud del EEI, IRP, porcentaje de relajación del EEI, longitud del cuerpo esofágico, DCI media, latencia distal, velocidad del frente contráctil, presión intrabolo media y presión basal media del EES, y se estableció el diagnóstico manométrico de acuerdo con el protocolo de Chicago V4.0.

**Resultados:** Del total de 404 pacientes, el 14,6% tenía diabetes mellitus, 28,2% hipertensión, 5,2% asma o EPOC, 2,2% AR, 0,5% LES, 2,5% esclerosis sistémica, 1% fibromialgia, 11,4% hipotiroidismo, 1,2% alguna neoplasia, 2% cardiopatía, 1,7% trastorno del SNP o autónomo, 1% epilepsia y 2% insuficiencia venosa. En cuanto a las medidas manométricas se encontró que la media para éstas fue de 3,71 cm para la longitud del EEI, 6,4 mmHg de IRP con un mínimo de -18,3 y un máximo de 64, porcentaje de relajación del EEI de 78%, longitud del cuerpo esofágico de 22,97 cm, DCI media de 1993.91 mmHg-s-cm, latencia distal de 8,3 s, velocidad de frente contráctil 2,82 cm/s, 18,1 mmHg de presión intrabolo media, y una presión basal media del EES de 89,9 mmHg. Los resultados de la manometría esofágica de alta resolución se expresaron en porcentaje, tal y como se observan en la Figura 1.

En cuanto a las comparaciones entre grupos se evaluó la posible diferencia entre las distintas comorbilidades y se identificó una diferencia estadísticamente significativa en la longitud del cuerpo esofágico, 22,04 cm contra 23,13 cm ( $p = 0,03$ ), y en la presión intrabolo media,

Figura 1. Gráfica circular que demuestra el porcentaje de los hallazgos manométricos de acuerdo con la clasificación de Chicago V 4.0. (Mar289)



20,9 contra 17,6 mmHg ( $p = 0,003$ ), en pacientes con diabetes respecto de los no diabéticos, al igual que en los pacientes con hipertensión con una longitud del cuerpo de 22,48 contra 23,17 cm en los no hipertensos ( $p = 0,010$ ). En relación con la presión intrabolo media se documentó 19,7 mmHg contra 17,4 mmHg en los no hipertensos ( $p = 0,006$ ); en pacientes con asma y EPOC se registró una diferencia estadísticamente significativa en la porción intraabdominal del EEI, con 1,15 cm contra 1,6 cm en no neumópatas ( $p = 0,035$ ); para la esclerosis sistémica se observó que sí hay diferencia en la presión residual media del EES, con 124,6 mmHg contra 89,04 mmHg en paciente sin esclerosis sistémica ( $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** La principal comorbilidad en los pacientes sometidos a una MAR son hipertensión arterial sistémica, seguida de diabetes mellitus e hipotiroidismo. Entre los hallazgos manométricos en las comorbilidades existen diferencias en la longitud del cuerpo esofágico y la presión intrabolo en pacientes con diabetes e hipertensión, comparados con la población sana, diferencia en la porción intraabdominal del EEI en pacientes con neumopatías y una mayor presión residual del EES en pacientes con esclerosis sistémica.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para la elaboración de este trabajo.

## Mar290

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MANOMÉTRICAS DE PACIENTES MEXICANOS CON DOBLE INCONTINENCIA (DI) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

G. C. Che-Cantún, A. D. Lugo-García, E. I. González-Bravo, M. Y. Munguía-Guizar, S. Herrera-Gómez, UMAE Hospital de Especialidades Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La DI es la coexistencia de incontinencia urinaria e incontinencia fecal. La prevalencia de DI registrada en el plano mundial se aproxima a 3% a 5% en la población adulta, con un predominio del sexo femenino; en México, la prevalencia de incontinencia dual es de 2,7% en la población femenina, pero en general la prevalencia de la incontinencia fecal aislada es mayor (7%-18%). En Puebla no existen informes sobre la prevalencia de DI en relación con hallazgos manométricos, por lo que se consideró importante conducir este estudio.

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y manométricas de pacientes mexicanos con DI.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes con incontinencia fecal atendidos en el laboratorio de motilidad de la UMAE Puebla y sometidos a manometría anorrectal de alta resolución (InSIGHT, Diversatek) en el periodo de 2018 a 2023. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos y gineco-obstétricos, gravedad de la incontinencia y resultados de manometría anorrectal. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia central y relativas, media, promedio y desviación estándar.

**Resultados:** Se incluyó a 129 pacientes, de los cuales 102 (79,1%) eran mujeres y 27 (20,9%) hombres. La prevalencia de DI fue de 38,8% (50/129), con una prevalencia en mujeres de 32,6% y en hombres de 6,2%. La edad promedio fue de  $59,7 \pm 13,1$  años (25 y 85 años). La comorbilidad más identificada fue la diabetes mellitus de tipo 2 (38,8%). En hombres con DI ( $n = 8$ ) se reconoció la cirugía anorrectal en 37,5% (3/8). En las mujeres, 45,2% (19/42) tuvo cirugías anorrectales, 47,6% (20/42) histerectomía abdominal, 85,7% (36/42) era de multiparas y 50% (21/42) había sufrido partos traumáticos. En cuanto a la gravedad de la incontinencia, en hombres fue moderada en el 62,5% (5/8) y en las mujeres en el 50% (21/42). En el tipo de incontinencia se identificó urgencia en hombres en 62,5% (5/8) y en mujeres en 66,7% (28/42). En los hallazgos manométricos se encontró en los hombres hipotensión anal en el 87,5%

(7/8) e hipocontractilidad en el 37,5% (3/8) e hipersensibilidad rectal en el 75% (6/8). En las mujeres se observó hipotensión anal en un 69% (29/42), hipocontractilidad en el 54,8% (23/42) e hipersensibilidad rectal en el 90,5% (38/42). El promedio de presión de reposo en hombres fue de  $27,2 \pm 25,4$  (0-81) y en mujeres de  $25,7 \pm 17,9$  (0-71,3). El promedio de contracción voluntaria en hombres fue de  $143,5 \pm 105,6$  (26-317,6) y en mujeres de  $82,15 \pm 50,6$  (0-207) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Resultados de características epidemiológicas y manométricas de pacientes mexicanos con doble incontinencia. (Mar290)

Doble incontinencia (n = 50)	Mujeres (n = 42)	Hombres (n = 8)
Edad	60,87 $\pm$ 12,35 (30-85)	55,59 $\pm$ 15,3 (25-79)
Cirugías anorrectales más frecuentes	45,2% (19/42)	37,5% (3/8)
Hemorroidectomía	21,42% (9/42)	37,5% (3/8)
Fistulectomía	16,6% (7/42)	0
Histerectomía	54,7 (23/42)	
Abdominal	47,6% (20/42)	NA
Vaginal	7,1% (3/42)	
Partos traumáticos	50%	
Uso de fórceps	9,5% (4/42)	
Desgarros	23,8% (10/42)	NA
Episiotomía	16,7% (7/42)	
Gravedad de incontinencia		
Leve	23,8% (10/42)	25% (2/8)
Moderada	50% (21/42)	62,5% (5/8)
Grave	26,2% (11/42)	12,5% (1/8)
Tipo de incontinencia		
Urgencia	66,7% (28/42)	62,5% (5/8)
Pasiva	26,2% (11/42)	37,5% (3/8)
Manometría anorrectal		
Tono		
Normotensión	31% (13/42)	12,5% (1/8)
Hipotensión	69% (29/42)	87,5% (7/8)
Contractilidad		
Sin alteración	45,2% (19/42)	62,5% (5/8)
Hipocontractilidad	54,8% (23/42)	37,5% (3/8)
Maniobra defecatoria		
Sin alteración	83,3% (35/42)	75% (6/8)
Disinergia	2,4% (1/42)	12,5% (1/8)
Pobre propulsión	11,9% (5/42)	12,5% (1/8)
Sensibilidad		
Sin alteración	2,4% (1/42)	0
Hiposensibilidad	7,1% (3/42)	25% (2/8)
Hipersensibilidad	90,5% (38/42)	75% (6/8)
Promedio presión reposo	25,7 $\pm$ 17,9 (0-71,3)	27,2 $\pm$ 25,4 (0-81)
Promedio contracción voluntaria	82,15 $\pm$ 50,6 (0-207)	143,5 $\pm$ 105,6 (26-317,6)

**Conclusiones:** En este estudio se demuestra que las características epidemiológicas más reconocidas en DI coinciden con lo notificado en la bibliografía mundial, con predominio en mujeres con antecedentes ginecoobstétricos (multiparidad, histerectomía y partos traumáticos). En cuanto al patrón manométrico, lo más frecuente fue la hipotensión anal con contractilidad normal e hipersensibilidad rectal en más de la

mitad de la población estudiada. La prevalencia de DI es mayor a la informada en las publicaciones médicas, lo cual puede explicarse porque se trata de un estudio unicéntrico en un hospital de referencia de tercer nivel, lo cual es una limitante de este estudio.

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

## Mar291

### HALLAZGOS POR MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES POSOPERADOS DE FUNDUPLICATURA

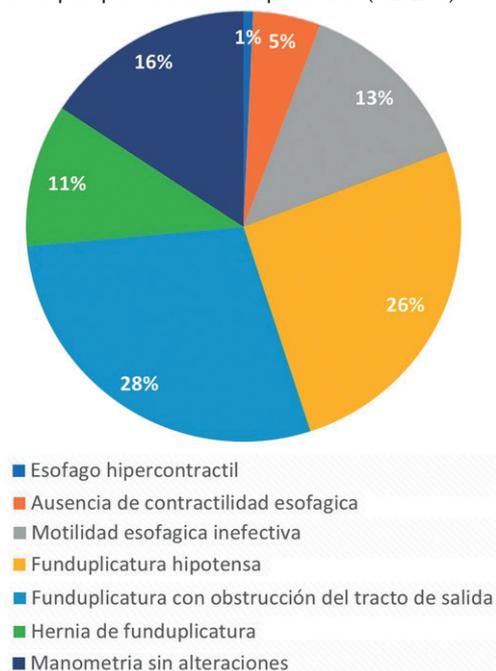
C. J. Toranzo-González, A. Torres-Castro, M. Soto-Villalpando, S. Zavala-Villegas, C. A. Munguía-Lares, J. I. Carrillo-Rojas, I. A. Borunda-Sáenz, D. Torres-Rubi, F. D. García-García, Hospital de Especialidades CMNR La Raza, IMSS

**Introducción:** En la actualidad no existe una definición regular de las complicaciones posquirúrgicas de una funduplicatura, pero se ha descrito una incidencia de síntomas nuevos, persistentes y recurrentes de 2% a 20%. Las causas son múltiples, entre ellas fallas de la técnica quirúrgica y mala selección de los pacientes. Las complicaciones pueden dividirse en tempranas: disfagia posoperatoria, neumotórax, enfisema, rotura de la funduplicatura o perforación. Las manifestaciones tardías incluyen síndrome de distensión por gas, aerofagia, retraso del vaciamiento gástrico. La principal complicación temprana es la disfagia, que tiene al menos tres alteraciones estructurales bien definidas: desplazamiento de la funduplicatura, laxitud de la plastia y obstrucción del tracto de salida de la UEG.

**Objetivo:** Describir los principales hallazgos por manometría de alta resolución en pacientes con funduplicatura atendidos en el laboratorio de fisiología gastrointestinal del servicio de endoscopia del CMN La Raza.

**Material y métodos:** Se incluyó a los pacientes atendidos en el laboratorio de fisiología gastrointestinal del servicio de endoscopia en el periodo de marzo de 2021 a junio de 2023, enviados por cualquier motivo con antecedente de funduplicatura.

**Figura 1.** Principales hallazgos por manometría de alta resolución en pacientes posoperados de funduplicatura. (Mar291)



**Resultados:** Se analizaron 140 manometrías de alta resolución practicadas en el hospital de especialidades de CMN La Raza. Se observó que el 46% tenía una funduplicatura normotensa, el 29% signos de obstrucción del tracto de salida de la unión esofagagástrica, 26% funduplicatura hipotensa, 14% motilidad esofágica inefectiva, 11% desplazamiento de la funduplicatura, 5% ausencia de contractilidad y 1% esófago hipercontráctil (Fig. 1).

**Conclusiones:** La principal alteración registrada por manometría de alta resolución en la población de estudio fue la obstrucción del tracto de salida de la unión esofagagástrica, en segundo lugar laxitud de la plastia y en tercer lugar el desplazamiento de ésta.

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

## Mar292

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO EN POBLACIÓN GUANAJUATENSE: ¿JUSTIFICA UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA EFECTIVA?

G. Chávez-Saavedra, N. J. Fernández-Pérez, M. Gómez-Nájera. B. Gallo-Arriaga, A. Espinosa-Hinojosa, C. Hidalgo-Valadez, Departamento de Medicina y Nutrición, Universidad de Guanajuato

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) representa hoy en día un problema de salud pública debido a su morbimortalidad mundial. México figura en el grupo de países en los que el comportamiento epidemiológico muestra un claro crecimiento de su incidencia y mortalidad.

**Objetivo:** Establecer el perfil epidemiológico del CCR a partir de los factores de riesgo modificables y no modificables de pacientes con diagnóstico confirmado, en población de un hospital de segundo y tercer niveles en Guanajuato.

**Material y métodos:** Estudio que incluyó los expedientes de pacientes con CCR, diagnosticados entre enero de 2016 y diciembre de 2020, en el Hospital General No. 58 y en la Unidad Médica de Alta Especialidad T1 Bajío del IMSS en León, Guanajuato. A partir de ellos se realizó un registro de los factores de riesgo modificables y no modificables para CCR. El levantamiento de la información se realizó de diciembre de 2020 a diciembre de 2021.

**Resultados:** En los 240 expedientes incluidos, la incidencia fue similar en menores y mayores de 65 años, y en menores de 50 años alcanzó 10%. La relación mujer y hombre fue de 1,2:1 y el nivel socioeconómico predominante resultó muy bajo. La distribución predomina en el colon proximal y recto para el sexo femenino y en el colon distal para el masculino. Los factores de riesgo no modificables sólo se encontraron en el 10%. Apenas 10% contaba con colonoscopia previa. El incremento de la incidencia se explicaría sobre todo por ciertos factores de riesgo modificables: obesidad (45%), sobrepeso (55%) y falta de actividad física (95%). Otros factores importantes fueron el consumo de más de 100 g al día de carne roja o procesada en el 43,75% y el consumo de menos de 400 g de frutas y vegetales al día en 54,16% de los casos. El grupo de riesgo promedio representó el 89,16% y el de riesgo medio el 10,83%.

El aumento de la incidencia del CCR y el refinamiento en el conocimiento de la influencia de factores de riesgo modificables justifican una intervención. El escrutinio sistemático en población de riesgo promedio (que concentra la gran mayoría de los factores de riesgo modificables) y la modificación de factores pueden ser difíciles de alcanzar. La experiencia en otros países ha mostrado que los programas de escrutinio aplicados a población de alto riesgo son útiles para atenuar la incidencia y la mortalidad.

**Conclusiones:** Se justifica una intervención preventiva para CCR debido a que los factores de riesgo modificables tienen una elevada frecuencia y los no modificables y protectores una baja frecuencia.

La intervención, que incluye modificación de factores o escrutinio, se enfocaría en la población de riesgo promedio debido a que concentra la mayor parte de los casos.

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

## Mar293

### EFFECTO DE LA PIRFENIDONA ORAL EN LA CICATRIZACIÓN DE ANASTOMOSIS DE COLON Y LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS EN RATAS

J. A. Tavares-Ortega, S. Betancourt-Vicencio, M. R. Prieto-Aldape, G. Cervantes-Guevara, J. A. Flores-Prado, J. M. Chejfec-Ciociano, G. Delgado-Hernández, C. Fuentes-Orozco, A. González-Ojeda, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Los estudios experimentales han revisado los fármacos administrados para mejorar la cicatrización de las anastomosis intestinales. Los análogos sintéticos de la prostaciclina, los inmunosupresores, y la oxigenoterapia hiperbárica han dado resultados en modelos de bajo riesgo de dehiscencia. La pirfenidona (PFD), un fármaco antifibrosante de uso común, no ha demostrado eficacia para este fin.

**Objetivo:** Evaluar los efectos de la PFD en la cicatrización de la anastomosis y la génesis de adherencias en un modelo de rata de bajo riesgo de dehiscencia de anastomosis colónica.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio experimental en 40 ratas Wistar sanas asignadas aleatoriamente al grupo control o grupo experimental de PFD (20 ratas cada grupo). La anastomosis de colon se realizó 3 cm por encima del reflejo peritoneal. La resistencia mecánica se estudió al medir la presión de ruptura. Las adherencias se evaluaron de forma macroscópica e histológica. Los animales recibieron la primera dosis de PFD 12 h después de la cirugía a dosis de 500 mg/kg un día, durante cinco días consecutivos. El sexto día se reintervinieron los animales para cuantificar la presión de ruptura *in situ* y las adherencias de forma macroscópica y realizar su análisis histológico.

**Resultados:** No hubo muertes ni dehiscencia de la anastomosis. La presión media de ruptura fue de 120,8 DE 11 mmHg y 135,5 DE 12,4 en los grupos, respectivamente ( $p < 0,001$ ). Las adherencias eran menos densas y tenían menos infiltración celular inflamatoria en el grupo de PFD ( $p < 0,02$  y  $0,002$ , respectivamente). El contenido de colágeno fue ligeramente superior en el grupo de PFD ( $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** Los resultados revelaron efectos favorables de la PFD en anastomosis de bajo riesgo, la presión de rotura fue mayor y las adherencias macroscópicas fueron blandas y mostraron menos infiltración inflamatoria y mayor contenido de colágeno en el grupo de PFD respecto del grupo de control.

**Financiamiento:** Este trabajo no contó con financiamiento.

## Mar294

### EFFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN ORAL DE PRAVASTATINA EN LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS: UN MODELO EXPERIMENTAL EN RATAS

N. E. López-Bernal, G. Delgado-Hernández, J. A. Tavares-Ortega, R. A. Ramírez-Aguado, E. Cervantes-Pérez, G. Cervantes-Guevara, C. Fuentes-Orozco, A. González-Ojeda, J. P. Ramírez-Contreras, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Las estatinas han demostrado tener un efecto antifibrosante pleiotrófico, en especial en la fibrosis de la pared intestinal.

Algunos estudios en animales han mostrado esta particularidad con la administración tóxica de las estatinas en la disminución de adherencias posoperatorias.

**Objetivo:** Analizar el efecto de la administración oral de la pravastatina en la formación de adherencias en un modelo de abrasión peritoneal con cuerpos extraños en contacto con las vísceras intraabdominales en ratas.

**Material y métodos:** Estudio experimental en ratas Sprague-Dawley de 300 a 350 g de peso sometidas a un modelo de formación de abrasión peritoneal. Se incluyeron 20 ratas en el grupo de estudio que recibieron por vía oral pravastatina (2,5 mg/kg/día por 7 días) o 20 animales a los que se administró de agua pura. Al octavo día se reintervinieron quirúrgicamente para realizar evaluación macroscópica de las adherencias de acuerdo con la escala de Knightly y de modo microscópico con la escala de Zühkle, así como el infiltrado celular. El análisis estadístico se realizó con prueba U de Mann-Whitney.

**Resultados:** El peso promedio de las ratas del grupo de estudio fue de  $325,25 \pm 11,8$  y  $327,1 \pm 12,9$  sin diferencia significativa ( $p = 0,64$ ). No hubo complicaciones ni mortalidad operatoria. La clasificación macroscópica de Knightly mostró cifras promedio de 11,5 y 29,5 ( $p < 0,001$ ) y la microscópica cifras promedio de 16,7 y 24,33 ( $p = 0,03$ ) en el grupo de estudio y el control, respectivamente. El infiltrado inflamatorio fue menos intenso en los animales que recibieron la pravastatina con cifras promedio de 16,23 para neutrófilos y de 16,20 para monocitos en comparación con 24,7 y 24,82 para el grupo control ( $p = 0,02$  y  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** La formación de adherencia fue menos intensa en los animales que recibieron la estatina, así como también lo fue el infiltrado inflamatorio.

**Financiamiento:** Este trabajo careció de financiamiento.

## Mar295

### EFFECTOS DE ZAFIRLUKAST ORAL, SILDENAFILO O PIRFENIDONA EN LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS INTRAABDOMINALES POSQUIRÚRGICAS EN UN MODELO EXPERIMENTAL EN RATAS

J. A. Tavares-Ortega, R. Agredano-Jiménez, E. A. Reyes-Elizalde, G. Cervantes-Guevara, S. J. Vázquez-Sánchez, N. G. Barrera-López, G. Delgado-Hernández, C. Fuentes-Orozco, A. González-Ojeda, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Las adherencias peritoneales son una consecuencia inevitable de la cirugía abdominal o de mínima invasión. Después de una operación, 53% de los pacientes desarrolla adherencias y de éstos el 14% sufre obstrucción a los dos años y el 2,6% requiere adherenciólisis. La complicación más peligrosa es la oclusión intestinal con estrangulamiento en el 30% de los casos; las recurrencias posteriores aparecen en 11% a 25%. La gestión actual se centra en las barreras mecánicas y quirúrgicas; los fibrinolíticos mediados por fármacos han ganado aceptación, sobre todo porque se administran de forma segura.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la administración oral de zafirlukast, sildenafil y pirfenidona en la formación de adherencias intraabdominales posquirúrgicas en un modelo experimental en ratas.

**Material y métodos:** Estudio experimental en ratas para el que se utilizaron cuatro grupos, cada uno de 10 ratas Wistar macho que pesaban entre 250 y 300 g: grupo A (control, sin tratamiento), B (zafirlukast), C (sildenafil), D (pirfenidona). Mediante laparotomía media se extirpó un área de  $1,5 \times 1,5$  cm y se reconstruyó con malla de polipropileno fijada a la pared abdominal. Después de 12 horas se administraron dosis orales de zafirlukast (1,25 mg/kg, grupo B), sildenafil

(15 mg/kg, grupo C) o pirfenidona (500 mg/kg, grupo D) diariamente durante ocho días. El día 9 se reintervino a los animales. El implante se reseco después de una eutanasia éticamente aprobada y las muestras se fijaron en formaldehído al 10% para histopatología.

**Resultados:** Se operaron 40 ratas sin ninguna mortalidad. El tiempo quirúrgico fue de 20 minutos + 2 minutos y 4 + 1 minutos de exposición iónica y visceral intraabdominal al medio ambiente; después se cubrió con malla y se cerró. En la reoperación, el daño estaba adherido a la malla en grados variables. El grupo A tuvo una extensión del 100%, incluidos epiplón e hígado, así como adherencias laxas y firmes hacia intestino delgado. El grupo B tuvo adherencias firmes que afectaron hígado, intestino y estómago. El grupo C y D tuvieron adherencias firmes hacia la malla y menor cohesión, vascularidad y extensión a órganos que los grupos A y B. Según la escala de Zuhlke, los grupos A, B y C tuvieron tejido conectivo con menor cantidad de células, capilares y células inflamatorias. En la clasificación de Ehrlich y Hunt, el grupo D tuvo menor fibrosis, depósitos de colágena y densidad de infiltrado de células ( $p = 0,001$ ). En la escala de Kanbour-Shakir *et al.*, el grupo D mostró menor fibrosis, proliferación vascular, células gigantes y ocasionales plasmocitos respecto del grupo A.

**Conclusiones:** El reemplazo de la pared con malla es un modelo muy radical para inducir la formación de adherencias. La administración oral de estos tres fármacos no evitó la formación intraabdominal de adherencias posquirúrgicas, pero sí la redujo. En virtud de la diversidad de acciones terapéuticas, la pirfenidona parece ofrecer el mejor efecto terapéutico. Es deseable realizar estudios en seres humanos para identificar algún papel en la prevención de episodios clínicamente relevantes consecutivos a bridas y adherencias.

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

## Mar296

### CORRELACIÓN DE LOS ÍNDICES HEMATOLÓGICOS IPL E INL CON LA GRAVEDAD Y EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA

A. Vela-Torres, R. R. Sánchez-Rosado, S. K. Dosal-Limón, G. Ramírez-García, G. J. Maya-Vacio, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La enfermedad diverticular (ED) es una afección común del tracto gastrointestinal que puede tener complicaciones graves que requieren intervención quirúrgica. Actualmente existe un interés creciente en identificar biomarcadores que predigan la gravedad de la enfermedad diverticular complicada, permitan una intervención temprana y mejoren los resultados a largo plazo. En este contexto, los índices hematológicos, como el IPL (índice plaquetas-linfocitos) e INL (índice neutrófilos-linfocitos), han surgido como posibles marcadores pronósticos prometedores en diferentes enfermedades infecciosas e inflamatorias.

**Objetivo:** Correlacionar la utilidad de los índices hematológicos IPL e INL como marcadores pronósticos en pacientes con enfermedad diverticular complicada.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 58 pacientes con el diagnóstico de ED atendidos en el Hospital General de México en el periodo de marzo de 2022 a marzo de 2023 de. De cada uno de los pacientes se registraron características clínicas y demográficas, comorbilidades, gravedad de la enfermedad por la escala de Hinchey y tratamiento recibido. Además, se analizaron parámetros bioquímicos, incluido el recuento de linfocitos, neutrófilos y plaquetas. Se calcularon los índices neutrófilos-linfocitos (INL) y plaquetas-linfocitos (IPL). Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 25

y se utilizó estadística descriptiva para obtener medidas de tendencia central y distribución de frecuencias. Las comparaciones de las variables categóricas se realizaron con la prueba ji cuadrada y las cuantitativas con las pruebas de U de Mann-Whitney o t de Student, según fuera la distribución de las variables. Las correlaciones se determinaron mediante la prueba R de Spearman. Se llevó a cabo un análisis ROC para establecer puntos de corte y exactitud diagnóstica. Se crearon tablas de contingencia de 2 x 2 para el cálculo de la razones de momios. El valor de p se consideró significativo cuando fue < 0,05.

**Resultados:** Las características clínicas y demográficas de los pacientes con ED se muestran en la **Tabla 1**. Al analizar los datos, se observan diferencias estadísticas entre los pacientes con enfermedad diverticular complicada en comparación con los de enfermedad diverticular (ED) no complicada en el recuento plaquetario, linfocitos y neutrófilos totales ( $p \leq 0,05$ ). Se reconoció una correlación positiva con el INL ( $r = 0,38$ ;  $p \leq 0,001$ ) y el IPL ( $r = 0,35$ ;  $p \leq 0,001$ ), y la gravedad de la enfermedad medida mediante la escala de Hinchey. De la misma manera, se identificó un punto de corte para INL de 10 (sensibilidad de 100% y especificidad de 74%) y para el IPL de 219 (sensibilidad de 100% y especificidad de 71%) para diferenciar entre una ED complicada y una no complicada. El INL > 10 (OR, 2,22; IC95%, 1,12-4,37;  $p = 0,02$ ) y el IPL > 219 (OR, 2,12; IC95%, 1,02-4,39;  $p = 0,03$ ) representan un factor de riesgo para ED complicada.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con enfermedad diverticular (n = 58). (Mar296)

<b>Género, n (%)</b>	
Masculino	29 (50)
Femenino	29 (50)
<b>Edad, x ± DE</b>	
	58,5 ± 12,2
<b>Comorbilidades, n (%)</b>	
	40 (69)
<b>Gravedad por Hinchey, n (%)</b>	
I	38 (65,5)
II	15 (25,9)
III	2 (3,4)
IV	2 (3,4)
<b>Tratamiento, n (%)</b>	
Conservador	27 (46,6)
Drenaje percutáneo	11 (19)
Procedimiento de Hartmann	11 (19)
Resección y anastomosis	7(12,1)
Drenaje laparoscópico	2 (3,4)
<b>Muertes</b>	
	2 (3,4)
<b>Parámetros bioquímicos</b>	
Linfocitos	1,51 ± 0,78
Neutrófilos	8,5 ± 5,1
Plaquetas	255 ± 79
INL*	4,6 (3,04-12,20)
IPL*	177,17 (123,70-273,14)

\*Los valores se expresan en medianas y rangos intercuartílicos.

**Conclusiones:** Los índices hematológicos INL e IPL pueden utilizarse como marcadores pronósticos en pacientes con enfermedad diverticular complicada. Estos índices proporcionan información adicional para evaluar la gravedad de la enfermedad y pueden ayudar a tomar decisiones clínicas, de tal modo que sea posible una intervención quirúrgica temprana en los pacientes con mayor riesgo de complicaciones.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Mar297

### DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES MEXICANOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

D. F. Abendaño-Rivera, A. Servín-Caamaño, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, P. Diego-Salazar, Y. G. Céspedes-Saballos, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno crónico que se caracteriza por dolor abdominal recurrente y cambios en la frecuencia o forma de las heces. La vitamina D es una hormona esteroide liposoluble que desempeña un papel crucial en numerosos mecanismos celulares, incluidos los trastornos inflamatorios del intestino; es esencial para mantener la integridad de la barrera epitelial en el intestino, lo que contribuye a su correcto funcionamiento. En el estudio de Khayyat *et al.* se notificó una mayor proporción de pacientes con SII y déficit de vitamina D respecto de los controles, por lo que se ha sugerido que su suplementación podría mejorar la gravedad de los síntomas y calidad de vida de los pacientes con SII.

**Objetivo:** Determinar una posible diferencia entre los valores séricos de vitamina D de un grupo de pacientes con SII en comparación con lo informado en la población mexicana sin SII.

**Material y métodos:** Estudio de tipo casos y controles, en el cual los casos fueron pacientes con diagnóstico de SII de acuerdo con los criterios de Roma IV atendidos entre enero y diciembre de 2022, que contaban con determinación de cifras séricas de 25-hidroxivitamina D [25(OH)D], considerada normal si el valor era > 30 ng/dL, insuficiente si era 20 a 29,9 ng/dL y deficiente si era < 20 ng/dL. Se excluyó a los pacientes con otras alteraciones que pudieran relacionarse con deficiencia de vitamina D (enfermedad renal crónica con y sin tratamiento sustitutivo de la función renal, hipotiroidismo, osteoporosis, tratada o no). Se tomaron datos de controles históricos obtenidos de la población mexicana sana. Se compararon entre grupos mediante t de Student, U de Mann-Whitney,  $\chi^2$  o prueba exacta de Fisher. Para determinar los riesgos se calcularon razón de momios (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95%. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 81 pacientes con SII según los criterios de Roma IV, con 64 (79%) mujeres y media de edad de 55 ± 9 años. De acuerdo con el subgrupo de SII, 47 (58%) tenían predominio de diarrea, 25 (30,9%) de estreñimiento y 9 (11,1%) mixto. Respecto de los valores séricos de vitamina D, 45 (55,6%) mostró déficit, 27 (33,3%) insuficiencia y sólo 9 (11,1%) valores normales. Se encontró una diferencia significativa, con mayores déficits de vitamina D en pacientes con SII en comparación con los controles (20,9 ± 7,1 vs. 25,0 ± 6,8 ng/dL, respectivamente;  $p < 0,0001$ ). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Diferencia entre valores séricos de vitamina D en pacientes con síndrome de intestino irritable y controles sanos. (Mar297)

Vitamina D sérica	Pacientes con síndrome de intestino irritable n = 81	Controles, n = 250	OR (IC95%)	P
Normal, n (%)	9 (11,1)	53 (21,2)	1,0	< 0,0001
Insuficiente, n (%)	27 (33,3)	144 (57,6)	1,1 (0,5-2,2)	< 0,0001
Deficiente, n (%)	45 (55,6)	53 (21,2)	3,2 (1,7-6,0)	< 0,0001

**Conclusiones:** Existe una vinculación entre el SII y el déficit de vitamina D; sin embargo, se requieren más estudios para confirmar la relevancia clínica de este hallazgo y determinar si a futuro la complementación con vitamina D podría tener alguna relevancia en estos pacientes.

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

## Mar298

### PRESENCIA DE ESTREÑIMIENTO EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON DETERIORO COGNITIVO. ¿EXISTE RELACIÓN?

D. I. Carmona-Guerrero, J. S. Arenas-Martínez, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, R. I. Carmona-Sánchez, A. J. Mimenza-Alvarado, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Existe una elevada prevalencia de estreñimiento en los adultos mayores y se incrementa conforme aumenta la edad. Se ha descrito una correlación entre el estreñimiento y la enfermedad de Parkinson, lo que ha suscitado el interés por determinar si el estreñimiento podría ser un marcador clínico temprano que ayude a predecir el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, no se conoce por completo la relación de estreñimiento y deterioro cognitivo.

**Objetivo:** Evaluar la correlación entre el deterioro cognitivo y el estreñimiento en pacientes mayores de 65 años.

**Material y métodos:** Se encuestó a adultos mayores de 65 años que acudieron a la de geriatría en un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. En quienes aceptaron participar se aplicó un cuestionario previamente validado para detectar estreñimiento funcional, con base en los criterios de Roma IV, además del uso de laxantes, supositorios, fibra, actividad física, consumo de agua al día y otros síntomas vinculados. Se revisó en el expediente clínico la valoración geriátrica integral (VGI) para obtener la puntuación del Mini-Examen del Estado Mental (MEEM), y la puntuación registrada de la prueba de depresión de Beck (BDI-2). Estos datos se reunieron en un formulario electrónico. Se determinó una puntuación de MEEM: 30 a 27 como "deterioro cognitivo nulo", 26 a 24 como "deterioro leve", 23 a 10 como "demencia moderada" y < 9 como "demencia grave". La distribución de las variables se analizó con la prueba de Shapiro-Wilk. Para la comparación de variables cuantitativas y cualitativas se utilizaron las pruebas de U de Mann-Whitney y  $\chi^2$ , respectivamente. Para la correlación de variables se usó el instrumento de Spearman. Se tomó como p estadísticamente significativa un valor < 0,05.

**Resultados:** Se evaluó a 70 pacientes que aceptaron participar, de los cuales 20 no contaban con VGI, para integrar una muestra total de 50 pacientes. Se identificó a 25 (50%) pacientes con estreñimiento. No se encontró diferencia significativa en relación con las características demográficas y clínicas entre ambos grupos. La mediana de la puntuación del MEEM entre los pacientes con estreñimiento fue de 24 (RIC 22-26) puntos y sin estreñimiento de 26 (RIC 22-27). Se observó que la puntuación fue menor en los pacientes con estreñimiento en comparación con aquellos sin estreñimiento (24 vs. 26 puntos), lo cual determina "deterioro cognitivo leve", pero sin diferencia significativa entre ambos grupos. Se muestran las características completas en la **Tabla 1**. Al analizar la correlación entre estreñimiento y la puntuación del MEEM se observó una rho de Spearman de 0,056 ( $p > 0,05$ ), y entre estreñimiento y frecuencia de evacuaciones una rho de Pearson de 0,013 ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** No se reconoció una correlación significativa entre estreñimiento y deterioro cognitivo en este grupo de pacientes mayores de 65 años. Esto indica que los procesos neurodegenerativos

**Tabla 1.** Características de la población encuestada. (Mar298)

Variables	Sin estreñimiento	Estreñimiento	p
<b>Sexo</b>			
Femenino, n (%)	15 (60)	16 (68)	0,76
<b>Edad, años</b>			
Mediana (RIC)	80 (75,0-84,9)	84 (73-88)	0,17
<b>Nivel educativo, escolaridad</b>			
Analfabetos, n (%)	1 (4)	1 (4)	
Primaria, n (%)	10 (40)	11 (44)	
Secundaria, n (%)	3 (12)	1 (4)	0,67
Media superior, n (%)	3 (12)	6 (24)	
Superior, n (%)	8 (32)	6 (24)	
<b>Frecuencia de evacuaciones, número de evacuaciones/día</b>			
Mediana (RIC)	2 (1-3)	1 (1-2)	0,021
<b>Tiempo de estreñimiento, meses/años</b>			
NA, n (%)	25 (100)	NA	
3 meses, n (%)	NA	2 (8)	
3-6 meses, n (%)	NA	1 (4)	< 0,001
6-12 meses, n (%)	NA	3 (12)	
Más de 5 años, n (%)	NA	19 (76)	
<b>Escala de Bristol, tipo de evacuación</b>			
Bristol 1, n (%)	0 (0)	5 (29)	
Bristol 2, n (%)	0 (0)	6 (24)	
Bristol 3, n (%)	1 (4)	9 (36)	
Bristol 4, n (%)	19 (76)	0 (0)	< 0,001
Bristol 5, n (%)	1 (4)	4 (16)	
Bristol 6, n (%)	4 (16)	1 (4)	
<b>Consumo de agua, litros/día</b>			
Mediana (RIC)	1,5 (1-2,0)	1 (1-2)	0,47
<b>Mini-Examen del Estado Mental, máx 30 pts</b>			
Mediana (RIC)	26 (22-27)	24 (22-26)	0,70
<b>Deterioro cognitivo</b>			
Sin deterioro, n (%)	11 (44)	5 (20)	
Leve, n (%)	6 (24)	12 (48)	
Moderado, n (%)	4 (16)	5 (20)	0,21
Grave, n (%)	4 (16)	2 (12)	
<b>Calificación de Beck, máx 63 pts</b>			
Mediana (RIC)	10 (5-18)	12 (5-19)	0,38
<b>Depresión</b>			
Sin depresión, n (%)	16 (64)	16 (64)	
Leve, n (%)	5 (20)	3 (12)	
Moderada, n (%)	4 (16)	2 (8)	0,16
Grave, n (%)	0 (0)	4 (16)	

con efectos en la motoneurona son los que más intervienen en el desarrollo de estreñimiento, que es menor en aquellos que sólo padecen deterioro cognitivo. Se requieren más y mejores estudios para determinar las relaciones de la función gastrointestinal con pacientes con deterioro cognitivo.

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

## Mar299

## CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS NIVELES DE ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA IGA PARA IDENTIFICAR ATROFIA DE VELLOSIDADES INTES-TINALES EN PACIENTES CON SOSPECHA DE EN-FERMEDAD CELIACA

A. J. Fernández-Ramírez, D. Aguirre-Villarreal, E. Kauffman-Ortega, P. Rodríguez-García, J. Andrade-Rojas, M. Lara-Salazar, A. Ángeles-Ángeles, L. F. Uscanga-Domínguez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

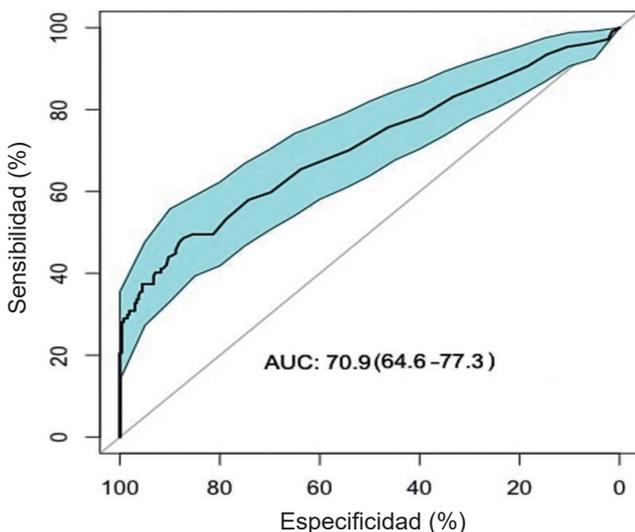
**Introducción:** La enfermedad celiaca (EC) es una enteropatía autoinmunitaria que se caracteriza por inflamación crónica y atrofia de la mucosa del intestino delgado secundaria a la exposición al gluten. El diagnóstico se establece con serología positiva y biopsia de intestino delgado con hallazgos histológicos consistentes. En fecha reciente se ha cuestionado la necesidad de la biopsia duodenal para enfermos con valores de anticuerpos  $\geq 10$  veces el límite superior normal (LSN).

**Objetivo:** Determinar la capacidad predictiva y el rendimiento diagnóstico de un aumento  $\geq 10$  veces el LSN de los valores séricos de anticuerpos antitransglutaminasa tisular (aTG IgA) para detectar lesiones en el intestino delgado consistentes con EC.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con sospecha de EC en los que se midieron los valores de aTG IgA y endoscopia superior con biopsias duodenales. Se excluyó a pacientes con deficiencia de IgA o aquéllos con expediente incompleto. Se registraron datos demográficos, clínicos y diagnóstico final. Patólogos expertos (JAR y MLS) revisaron todos los casos para aplicar la clasificación de Marsh. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar. Se realizó un análisis ROC en el que se determinó la relación entre la sensibilidad y la especificidad a diferentes puntos de corte de anticuerpos aTG IgA como predictor de Marsh 3.

**Resultados:** Se incluyó a 375 pacientes, de los cuales 251 fueron mujeres (67%), con una edad media al diagnóstico de  $49,52 \pm 17,15$ . Se estableció el diagnóstico de EC en 49 casos (13%). Se identificaron 107 casos con Marsh 3A-3C y de éstos los diagnósticos más comunes fueron enfermedad celiaca (41, 38%), sobrecrecimiento

Figura 1. Curva ROC para predecir atrofia de vellosidades (Marsh 3A-3C). (Mar299)



bacteriano de intestino delgado (21, 20%) y esprúe tropical (13, 12%). La especificidad de los valores  $\geq 10$  veces el LSN fue de 100% para Marsh 3A-3C (Fig. 1), con sensibilidad de 16,82%, valor predictivo negativo (VPN) de 75% y valor predictivo positivo (VPP) de 100%. Un punto de corte  $\geq 5$  veces el LSN tuvo especificidad de 99,63% y sensibilidad de 22,43%, un VPN de 76,29% y un VPP de 96,0%. El área bajo la curva (AUC) fue de 70,9 (IC, 64,6-77,3), a un punto de corte óptimo de 3,3 (sensibilidad de 48,6% y especificidad de 87,3%).

**Conclusiones:** Los valores de aTG IgA  $> 10$  veces el LSN son muy específicos para predecir atrofia de vellosidades consistente con EC, aunque con una baja sensibilidad. Este estudio sugiere que podría determinarse el diagnóstico de EC sin biopsias en pacientes adultos mexicanos con aumento de 10 veces el LSN de aTG IgA.

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

## Mar300

## REPORTE DE SERIE DE CASOS DE TUBERCULOSIS ABDOMINAL: UNA PATOLOGÍA POLIFACÉTICA

R. A. Gómez-Mendoza, S. Murua-Beltrán Gall, M. Villanueva-Reza, D. Aguilar-Zapata, F. Vázquez-López, L. Rojo-Gutiérrez, J. Lizardi-Cervera, J. Hernández-Calleros, Hospital Médica Sur

**Introducción:** La tuberculosis abdominal es una entidad poco frecuente, con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, por lo que es una anomalía de difícil diagnóstico. La tuberculosis se considera una afección reemergente y la forma abdominal es una de sus manifestaciones extrapulmonares más frecuentes.

**Objetivo:** Presentar tres casos de tuberculosis abdominal, con manifestaciones clínicas diversas y sitios distintos de presentación, para ejemplificar la heterogeneidad de esta alteración.

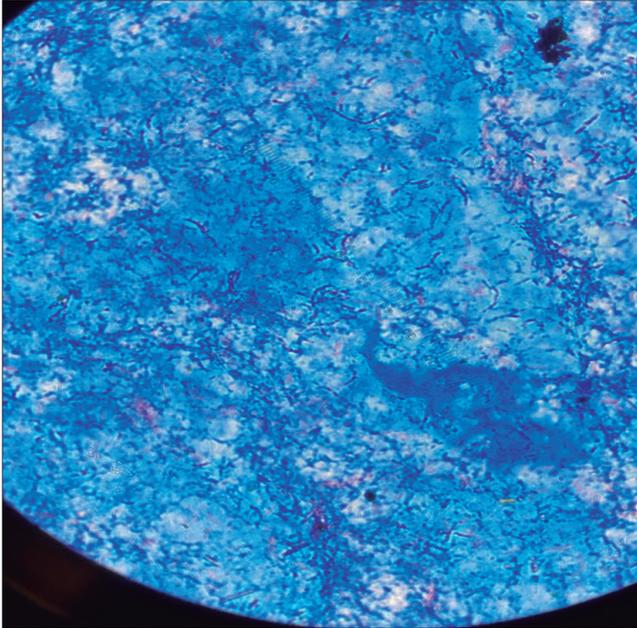
**Informe de casos:**

**Caso 1:** Mujer de 49 años con antecedentes de espondilitis anquilosante en tratamiento con adalimumab y tuberculosis latente tratada con isoniazida por nueve meses. Un año después inicia con cuadro de dos semanas de evolución con fiebre vespertina de  $39^{\circ}\text{C}$ , malestar general, astenia y adinamia. Se identificaron anemia normocítica normocrómica, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa y patrón colestásico. El ultrasonido abdominal reveló signos de colecistitis aguda. La tomografía delineó un nódulo pulmonar basal derecho (2 cm), con patrón miliar, y hepatoesplenomegalia. Se practicaron laparotomía exploradora, colecistectomía laparoscópica y toma de biopsia hepática, ya que se observaron microabscesos hepáticos y esplénicos. Persistió con alteraciones de las pruebas de función hepática y elevaciones febriles, después de la cirugía y tratamiento anti-biótico. El informe de la anatomía patológica identificó en las tinciones hepatitis granulomatosa relacionada con *Mycobacterium spp.* (Fig. 1). Por lo anterior, se inició esquema antituberculoso.

**Caso 2:** Hombre de 30 años con antecedente de obesidad y pérdida intencionada de 30 kg. Inició una semana antes de su ingreso con dolor lumbar que se irradiaba al hemiabdomen derecho, de intensidad progresiva hasta EVA 10/10, por lo que acude a urgencias con datos de abdomen agudo. Se registró leucocitosis ( $26 \times 10^3/\mu\text{L}$ ) a expensas de neutrofilia. La tomografía de abdomen reconoce colección en la región retroperitoneal derecha que diseca hasta la región sub-costal. Se realizan laparotomía, hemicolectomía derecha e ileostomía terminal, con hallazgos de perforación de colon ascendente y peritonitis. Continuó con aumento de marcadores inflamatorios y fiebre intermitente. En la tinción de Ziehl-Neelsen (ZN) se observaron bacilos acidorresistentes al alcohol y cultivo positivo para *M. tuberculosis* (Fig. 1). Se inició tratamiento antituberculoso.

**Caso 3:** Mujer de 48 años con antecedente de consumo de alimentos no pasteurizados, DM2 de reciente diagnóstico y cesárea. Inicia

**Figura 1.** Tinción de Ziehl-Neelsen que muestra bacilos acidorresistentes al alcohol. (Mar300)



el padecimiento actual con dolor abdominal en hipogastrio, pérdida significativa de peso, diaforesis, aumento del perímetro abdominal y sangrado uterino anormal. El ultrasonido identifica líquido de acititis y tumor en útero. En consecuencia se practica una histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral en la que se reconocen múltiples adherencias en la pared abdominal. En las biopsias se observaron miometrio congestivo e inflamación crónica y granulomatosa. En la tinción de ZN se identificaron bacilos acidorresistentes al alcohol, por lo que se integra el diagnóstico de tuberculosis diseminada y se inicia tratamiento antituberculoso.

**Discusión:** La tuberculosis abdominal incluye afectación de peritoneo, ganglios linfáticos, órganos sólidos y vísceras huecas. Representa el 5% de todos los casos de tuberculosis mundiales y el principal factor de riesgo para su presentación es la inmunosupresión. Se describieron tres casos con presentaciones clínicas distintas: alteración de las pruebas de función hepática y hepatoesplenomegalia, abdomen agudo y ascitis con sangrado uterino anormal.

**Conclusiones:** La tuberculosis abdominal es una afección con una amplia variedad de manifestaciones clínicas. La alta sospecha clínica y el abordaje multidisciplinario son esenciales para el diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno en estos pacientes.

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

### Mar301

#### MICROBIOTA ORAL Y FECAL DE UN BUEN DONADOR MEXICANO: EL PARADIGMA DE LA MICROBIOTA SALUDABLE PARA EL TRASPLANTE FECAL

N. Ortiz-Olvera, E. Fernández-Figueroa, J. Argueta-Donohué, H. Miranda-Ortiz, E. Ruiz-García, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** A pesar de los numerosos estudios de trasplante de microbiota fecal conducidos, el conocimiento sobre la composición real de una "microbiota saludable" es aún escaso.

**Objetivo:** Describir las diferencias en la composición de la microbiota oral y fecal de un buen donador mexicano.

**Material y métodos:** El análisis de la microbiota se realizó mediante secuenciación de siguiente generación de las regiones V3 y V4 del gen bacteriano 16S rRNA.

**Resultados:** La biodiversidad encontrada en la boca fue muy rica, con 56 especies identificadas y un predominio de los géneros *Veillonella*, *Haemophilus* y *Streptococcus*. Cabe destacar la presencia de *Fusobacterium nucleatum* (2,33%) en la boca. Los géneros *Bacteroides* y *Faecalibacterium* predominaron en las heces; la especie *F. prausnitzii* fue la más abundante.

**Conclusiones:** Este análisis muestra que la diversidad de la microbiota de un buen donador juega un papel fundamental en la efectividad de su producto en el trasplante de materia fecal. Esto sugiere que los microorganismos intestinales trasplantados tienen la capacidad de mantener o recuperar la salud en un proceso dinámico entre la microbiota y el hospedador. Estos hallazgos deben llevar a realizar más investigaciones y su resultado será el desarrollo de tratamientos bacterianos en enfermedades infecciosas e inflamatorias.

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió financiamiento.

### Mar302

#### CORRELACIONES ENTRE LA MICROBIOTA INTestinal Y LOS MACRONUTRIENTES DE LA DIETA EN PACIENTES CIRRÓTICOS POR VHC

C. Pérez-Monter, I. Escalona-Nandez, A. Estanes-Hernández, A. Torre-Delgadillo, L. G. Noriega-López, M. Guevara-Cruz, J. Granados-Arriola, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

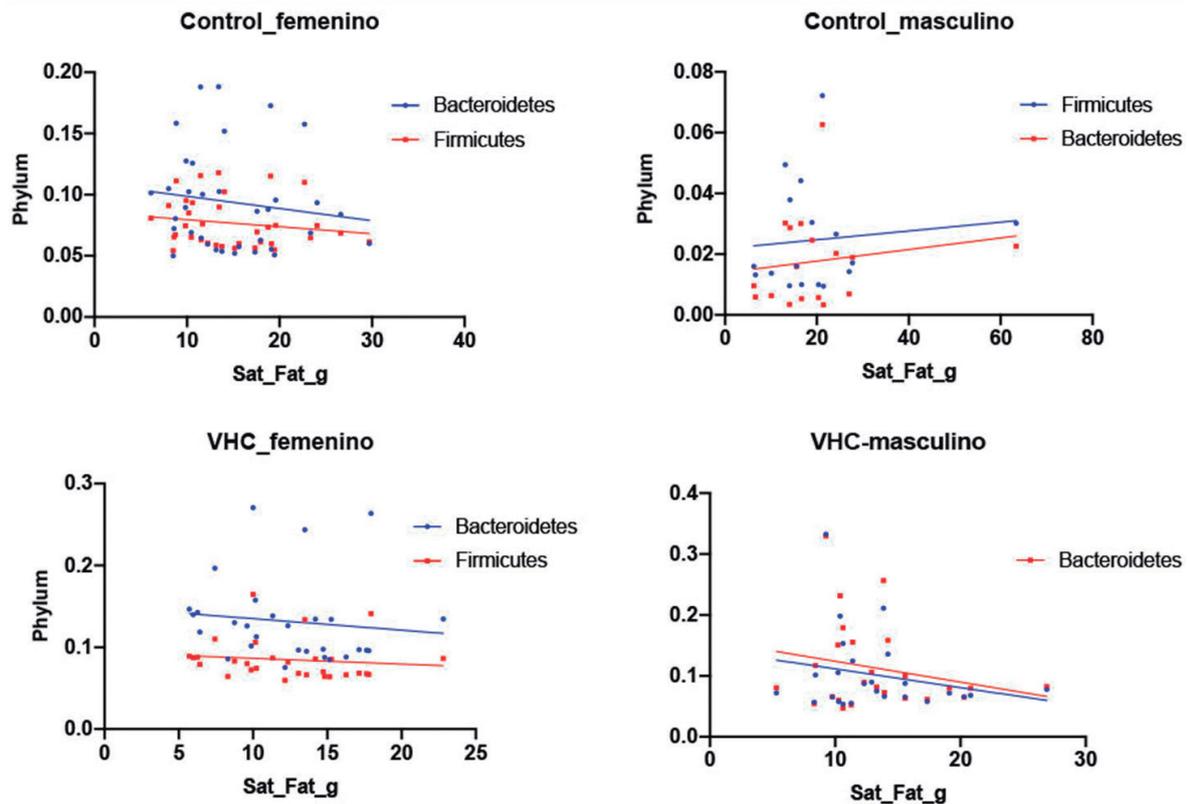
**Introducción:** La cirrosis hepática modifica la microbiota intestinal y contribuye a la patogenia mediante la producción de metabolitos secundarios derivados de la dieta. Los pacientes cirróticos deben modificar su dieta como parte del tratamiento y eso modifica directamente la producción de dichos metabolitos. Determinar la relación entre la dieta y la microbiota intestinal y la ingestión de alimentos permite mejorar el tratamiento de los pacientes cirróticos.

**Objetivo:** Establecer las correlaciones existentes entre la microbiota intestinal de pacientes cirróticos y los macronutrientes de su ingestión, en comparación con los de pacientes clínicamente sanos.

**Material y métodos:** Se incluyó a 58 pacientes cirróticos por virus C y 56 sujetos sanos. Se aplicaron cuestionarios de alimentación de tres días y recordatorios de consumo para precisar el consumo de macronutrientes y micronutrientes. Se colectaron muestras fecales para aislar DNA genómico. Con el uso de los cebadores V3-V4 del gen ribosomal 16S se generó una biblioteca de ampliaciones que se utilizó para secuenciación con la celda de flujo *NextSeq* (Nextera XT, Illumina). Los datos de los cuestionarios de alimentación, así como los recordatorios de 24 horas, se analizaron con el software *Food Processor*, mientras que para los datos de microbiota se usaron *DADA2* y *phyloseq*. Las correlaciones se establecieron mediante las pruebas de Pearson.

**Resultados:** La diversidad bacteriana alfa (Observed, Chao1 y Shannon) es menor en hombres y mujeres cirróticos comparados con los sujetos control ( $p < 0,01$ , prueba de Wilcoxon), mientras que la diversidad bacteriana indica que los pacientes cirróticos tienen mayor abundancia del género *Bacteroides*, 25% ( $p < 0,01$ ) y 15% en mujeres y hombres, respectivamente, comparados con sus grupos de control. Por otro lado, el género *Akkermansia* fue menor (1%) en mujeres cirróticas, respecto de las del grupo control (3%). Se observó que los filos *Bacteroidetes* y *Firmicutes* tienen correlaciones positivas con la grasa saturada en el grupo de sujetos sanos masculinos, mientras que en el grupo de cirróticos dicha vinculación es negativa. En contraste, en el grupo de controles y

**Figura 1.** Correlaciones entre las concentraciones de grasa saturada y la abundancia relativa entre los filos *Firmicutes* y *Bacteroidetes* y la grasa saturada en pacientes cirróticos y controles sanos. La figura muestra las diferencias entre hombres y mujeres en ambas condiciones clínicas. (Mar302)



VHC femenino, dicha correlación fue negativa en ambos grupos (Fig. 1).

**Conclusiones:** Los pacientes con cirrosis sufren disbiosis significativa respecto de los pacientes control. Además, la abundancia relativa de *Firmicutes* y *Bacteroidetes* se relaciona de forma estrecha con el consumo de grasas saturadas, entre otros macronutrientes.

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

### Mar303

#### EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON *BIOFEEDBACK* EN MUJERES CON DISINERGI A DEFECATORIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. L. Dorantes-Nava, S. W. Cruz-Torrico, Y. M. Velasco-Santiago, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, M. Motola-Kuba, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La disinergia defecatoria (DD) se define como una descoordinación entre los estímulos motores y sensitivos de los músculos rectoanales, abdominales y del piso pélvico que facilitan la defecación. El tratamiento siempre se individualiza y consta de medidas médicas e higiénicas iniciales y, en caso de ser necesario, se emplea el tratamiento de biorretroalimentación; sin embargo, pesar de tener una tasa de 70% a 80% de éxito, existen diversos factores que pueden influir en él.

**Objetivo:** Describir las características de mujeres con diagnóstico de DD y valorar el éxito del tratamiento con sesiones de retroalimentación, así como identificar factores relacionados con la falla de esa modalidad terapéutica.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte que incluyó a mujeres con disinergia defecatoria de acuerdo con los criterios de Roma IV y Londres, en el periodo comprendido entre enero de 2019 y enero de 2023. Se recabaron datos demográficos y antecedentes personales patológicos y no patológicos, se realizaron sesiones de retroalimentación y se valoró la respuesta al tratamiento mediante entrevista directa. Los datos se resumieron mediante estadística descriptiva y para comparar entre grupos se empleó ji cuadrada. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 54 mujeres con diagnóstico de DD y media de edad de  $53 \pm 13$  años; el tipo más común fue el I en 33 (61,1%), seguido del III en 13 (24,1%), II en 5 (9,3%) y IV en 3 (5,6%). Respecto de los trastornos de sensibilidad anorrectal, 37 (68,5%) tuvieron hiposensibilidad, 12 (22,2%) normal, y 5 (9,3%) hipersensibilidad. Dentro de los antecedentes relevantes, 11 (20,4%) tenían cirugía del piso pélvico previa, 15 (27,8%) tenían partos o abortos previos, y 32 (59,3%) tabaquismo. En todos los casos se llevó a cabo tratamiento con sesiones de retroalimentación y la mediana de sesiones fue de 11 (intervalo, 6-12), con respuesta favorable en 45 (83,3%). De acuerdo con el subtipo de DD, la respuesta favorable tras el tratamiento con sesiones de retroalimentación ocurrió en 28 (84,8%) en el tipo I, 4 (80%) en el tipo II, 10 (76,9%) en el tipo III y 3 (100%) en el tipo IV (Tabla 1). El único factor en la DD de tipo I que se relacionó con falta de respuesta a sesiones de retroalimentación fue la hipersensibilidad anorrectal: hasta 66,7% no respondió en comparación con 16,7% de las que tuvieron hiposensibilidad y 0% de aquéllas con sensibilidad normal ( $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** La disinergia defecatoria más frecuente es la de tipo I. Las sesiones de retroalimentación son un tratamiento efectivo para la DD en todos los subgrupos, pero la menor respuesta se observa en el tipo III. La hipersensibilidad anorrectal se relaciona con menor tasa de éxito en pacientes con DD de tipo I.

**Tabla 1.** Distribución y respuesta al tratamiento de acuerdo con el tipo de disinergia defecatoria. (Mar303)

Tipo	Frecuencia	%	Respuesta al tratamiento	%
I	33	61,1	28	84,8
II	13	24,1	4	80
III	5	9,3	10	76,9
IV	3	5,6	3	100

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

## Mar304

### DISINERGIA DEFECATORIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANOMÉTRICAS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. L. Dorantes-Nava, A. E. Ramírez-Nava, Y. M. Velasco-Santiago, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, F. Higuera-de la Tijera, M. Y. Carmona-Castillo, S. Teutli-Carrión, E. J. Medina-Ávalos, Hospital General de México

**Introducción:** La disinergia defecatoria (DD) se define como una descoordinación entre los estímulos motores y sensitivos de los músculos rectoanales, abdominales y del piso pélvico que facilitan la defecación. En la población mexicana, la DD tiene una prevalencia (por síntomas) de 1,3%, con una media de edad de  $45 \pm 12$  años y predominio del sexo femenino, en paciente con un nivel socioeconómico medio, con escolaridad de secundaria y primaria y jubilados. Dentro de las herramientas diagnósticas para esta afección se encuentra la manometría anorrectal de alta resolución (MAR), la cual es todavía uno de los mejores métodos para diagnosticarla, ya que evalúa de forma certera la presión, sensibilidad y distensibilidad. El tratamiento es siempre individualizado y consta en un principio de tratamiento médico y medidas higiénicas, tratamiento de biorretroalimentación o electroestimulación y por último, en caso de pobre respuesta, tratamiento quirúrgico.

**Objetivo:** Describir las características de la población en un hospital de tercer nivel con diagnóstico de DD y valorar los factores que pueden influir en las decisiones en cuanto al tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y retrolectivo en el que se revisaron los expedientes de pacientes con criterios para DD, según los criterios de Roma IV y Londres, en el periodo comprendido entre enero de 2019 y enero de 2023. Se describieron las características y las variables se resumieron mediante estadística descriptiva con uso de mediana y desviación estándar en caso de variables cuantitativas con distribución paramétrica; y mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas con distribución no paramétrica; las variables cualitativas se resumieron mediante proporciones y porcentajes. La estadística analítica consistió en comparaciones mediante prueba de ji cuadrada o exacta de Fisher según fuera apropiado; cálculo de prevalencia de periodo; razón de momios e intervalos de confianza al 95% para determinar factores de riesgo. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se revisaron 510 MAR de pacientes con diagnóstico de estreñimiento y de éstos 141 (27,6%) cumplieron criterios para diagnóstico de DD, 112 (79,4%) fueron mujeres, la media de edad fue de  $51,8 \pm 15,8$  años, 32 (22,7%) con tabaquismo positivo; la distribución de acuerdo con el tipo de DD se muestra en la **Tabla 1**. De estos pacientes, 18 (12,8%) tenían afectación anorrectal previa (hemorroides, fisura, fístula, etc.), 28 (19,9%) antecedente de cirugía del piso pélvico, 63 (44,7%) cirugía abdominal previa y 43 (29,8%) tenían partos o abortos.

Cuando se analizaron los factores de riesgo para presentar DD de tipo 3, el único factor con tendencia a la significancia clínica fue ser mujer en 24/112 (21,4%) contra 1/29 (3,4%) (RM, 7,6; IC95%, 1,0-59,0;  $p = 0,027$ ). Cuando se analizaron factores de riesgo para DD de tipo 4 se identificó una relación con enfermedad anorrectal previa en 4/18 (22,2%) en comparación con 6/123 (4,9%) (RM, 5,6; IC95%, 1,4-22,2;  $p = 0,024$ ).

**Tabla 1.** Distribución de acuerdo con el tipo de disinergia defecatoria. (Mar304)

Tipo	Frecuencia	%
1	95	67,4
2	11	7,8
3	25	17,7
4	10	7,1

**Conclusiones:** De acuerdo con los resultados obtenidos en la población evaluada se evidencia una mayor prevalencia de DD en comparación con la estadística actual en México (27,6% vs. 1,3%), probablemente debido a que este diagnóstico se basó también en los hallazgos manométricos y no tan sólo en los síntomas.

Es importante recordar que el diagnóstico de DD se enfoca en los síntomas del paciente y no en el hallazgo incidental por MAR; pese a ello, es todavía una excelente herramienta en los pacientes en quienes no han tenido una buena respuesta al tratamiento médico y podrían verse beneficiados del tratamiento de rehabilitación del piso pélvico y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

**Financiamiento:** Sin algún tipo de financiamiento.

## Mar305

### EVALUACIÓN DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DESÓRDENES DEL EJE CEREBRO-INTESTINO

M. Y. Carmona-Castillo, S. Camacho-Hernández, E. Altamirano-Castillo, F. Higuera-de la Tijera, K. S. Vázquez-Hernández, Hospital General De México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Los trastornos del eje cerebro-intestino (TECI) pueden afectar de modo negativo la calidad del sueño; a su vez, los trastornos del sueño pueden alterar el sistema digestivo e influir en la aparición o empeoramiento de los síntomas digestivos. Cabe destacar que esta relación es compleja y puede variar en cada individuo.

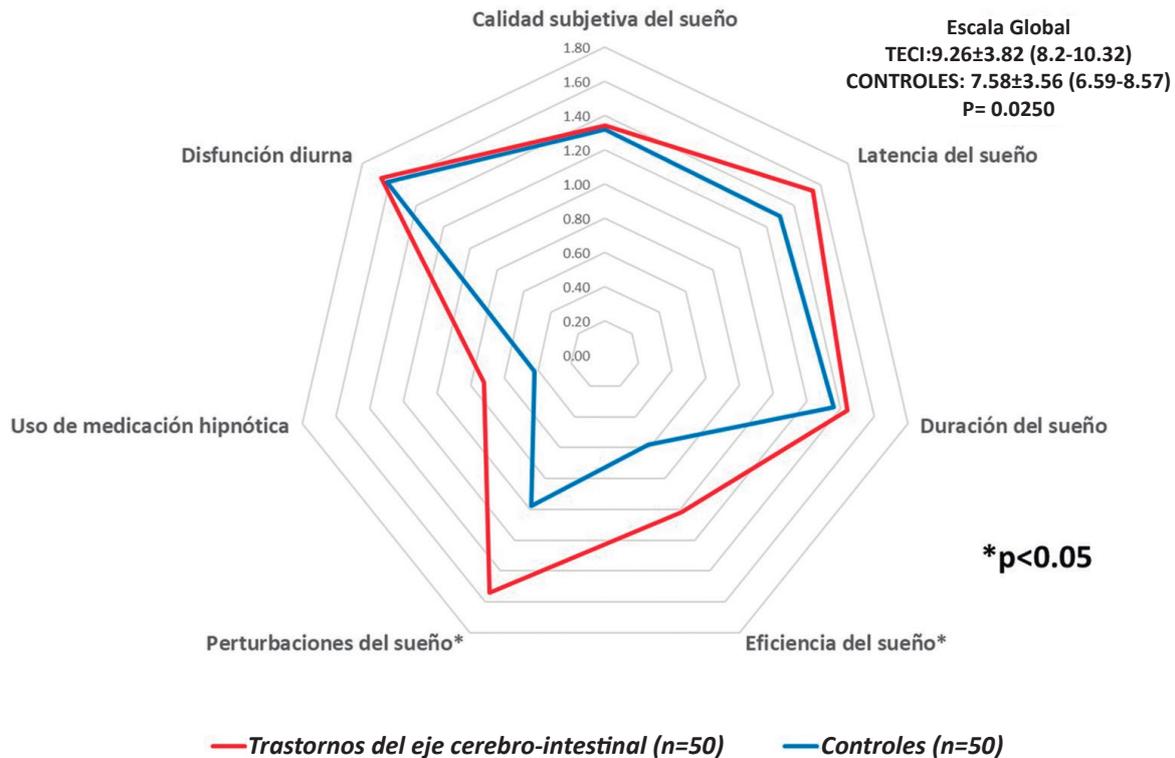
**Objetivo:** Evaluar la calidad del sueño en pacientes con trastornos del eje cerebro-intestino.

**Material y métodos:** Se evaluó a 50 pacientes con TECI ( $45,52 \pm 12,68$  [42,01-49,03] años, 76% mujeres) pareado con 50 controles ( $39,9 \pm 14,54$  [35,87-43,93] años, 60% mujeres). Se utilizó el índice *Pittsburgh Sleep Quality* que evalúa siete dominios relacionados con el sueño. Los datos expresan promedio  $\pm$  DE y IC95% o porcentajes según corresponda. Se usaron la prueba t de Student no pareada, con  $\alpha = 0,05$ .

**Resultados:** Los TECI fueron síndrome de intestino irritable (66%), seguido de dispepsia funcional (19%), pirosis funcional (5%), diarrea funcional (2%) y estreñimiento funcional (2%). Como se observa en la **Figura 1**, los pacientes con TECI tienen una puntuación mayor en los componentes de eficiencia del sueño habitual y perturbaciones del sueño, lo cual indica deterioro en dichos componentes. La escala global también fue mayor en TECI, lo que indica mayor trastorno por deficiencia y percepción del sueño.

**Conclusiones:** Estos hallazgos demuestran por primera vez alteraciones en el conectoma cerebral, en el circuito del sueño y en el

Figura 1. Análisis comparativo entre los componentes de PSQI y los trastornos del eje cerebro-intestino. (Mar305)



conectoma intestinal a través de los síntomas de los trastornos del eje cerebro-intestinal, en la población mexicana. Estos hallazgos deben confirmarse con la identificación de circuitos cerebrales e intestinales que justifiquen estas alteraciones concurrentes.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

### Mar306

## USO DE NEUROMODULADORES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL A PROFESIONALES DE LA SALUD DIGESTIVA

L. R. Valdovinos-García, E. Coss-Adame, J. M. Remes-Troche, O. Gómez-Escudero, M. A. Valdovinos-Díaz, Médica Sur

**Introducción:** Los neuromoduladores han demostrado ser efectivos para el tratamiento de los trastornos de la interacción cerebro-intestino (TICI). La prescripción de estos medicamentos se ve limitada por estigmas del clínico y el paciente, a pesar de su eficacia probada para los TICI. En México no hay estudios sobre el grado de información y patrones de prescripción de los neuromoduladores por los profesionales de la salud digestiva.

**Objetivo:** Evaluar el grado de información y patrones de prescripción de los neuromoduladores por especialistas de la salud digestiva en México.

**Material y métodos:** Se elaboró una encuesta sobre definición, indicaciones, prescripción y recomendación de los neuromoduladores disponibles en México. Se envió y contestó por vía electrónica a los socios de las Asociaciones Mexicanas de Gastroenterología (n = 1.662). Se calculó un tamaño de muestra con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% para el total de socios de la AMG y se requerían 313 encuestas.

**Resultados:** La tasa de respuesta fue de 21% (350 encuestas contestadas), 246 (70,3%) de hombres, con edad promedio de 52,9 años (intervalo, 31-91); 59,1% correspondió a gastroenterólogos (G), 13% a cirujanos (C), 12% a endoscopistas, 8,3% a neurogastroenterólogos (NG) y 7,2% a hepatólogos, gastroenterólogos pediatras, internistas y otros. El 99,1% de los encuestados conoce la definición de neuromodulador según los criterios de Roma IV. Un 62% de los encuestados no recibió entrenamiento para el uso de los neuromoduladores en TICI. Respecto del uso de estos fármacos, un 52,9% los usa siempre o frecuentemente en el tratamiento de TICI, el 36,9% algunas veces y el 10,2% rara vez o nunca. La frecuencia del uso de neuromoduladores de acuerdo con TICI fue: síndrome de intestino irritable en 93,14%, seguido de pirosis funcional y esófago hipersensible en 84,5% y dispepsia funcional en 84%. Los fármacos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos en 86%, seguidos de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en 83,42%. Los encuestados utilizan neuromoduladores en enfermedades no gastrointestinales, como depresión (93,4%), ansiedad (89,71%), fibromialgia (85,71%) y dolor crónico (84,28%). El 81,7% de los encuestados está parcial o totalmente de acuerdo en que los neuromoduladores son seguros y no representan riesgos. Por último, la mayoría de los encuestados (99,71%) considera que los neuromoduladores deben indicarlos el gastroenterólogo y el neurogastroenterólogo. Llama la atención que 58% de los encuestados considera que los cirujanos no deben administrar estos fármacos.

**Conclusiones:** Los neuromoduladores son conocidos y usados por los clínicos y reconocen su utilidad en los TICI. Se sienten cómodos al administrarlos en el síndrome de intestino irritable y la depresión. Llama la atención que la mayoría de los encuestados no ha recibido entrenamiento apropiado para el uso de esta modalidad terapéutica y que se considere que el cirujano no debe emplearlos. Se requiere mejorar los programas de gastroenterología existentes con aval universitario y los recursos para la indicación de los neuromoduladores.

**Financiamiento:** Sin financiamiento para el estudio.

## Mar307

## CORRELACIÓN ENTRE ESCALAS DE SÍNTOMAS ANORRECTALES Y TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD RECTAL

K. R. García-Zermeño, B. A. Priego-Parra, A. H. Díaz-Crespo, A. Vázquez-Cruz, J. M. Remes-Troche, F. D. García-García, G. Morales-Osorio, Instituto de investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

**Introducción:** La incontinencia fecal (IF) y el estreñimiento crónico (EC) son dos trastornos de la defecación (TD) muy prevalentes que afectan la calidad de vida (QoL) de los pacientes. Aunque podría presuponerse que estos trastornos son de fácil abordaje diagnóstico y terapéutico, todavía existe un desconocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, así como el efecto clínico que tienen los parámetros manométricos en la intensidad de los síntomas. En fecha reciente, Scott *et al.* han destacado la importancia de la hiposensibilidad e hipersensibilidad rectal y demostrado que los trastornos de la sensibilidad rectal (TSR) también se relacionan con los TD. Aunque los cuestionarios de síntomas anorrectales *Patient Assessment of Constipation symptom* (PAC-SYM), *Constipation Scoring System* (CSS) y *St. Mark's incontinence Score* (SMIS) y otros se han correlacionado casi siempre con alteraciones motoras (hipotonía, hipocontractilidad), se conoce poco acerca de la correlación de éstos con los TSR.

**Objetivo:** Correlacionar parámetros de manometría anorrectal de alta resolución (MAR) con cuestionarios de intensidad de síntomas en sujetos con TD y TSR.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a sujetos mexicanos > 18 años con síntomas de EC e IF, que se sometieron a evaluación mediante MAR. Se consideró como trastornos mayores de la sensibilidad rectal aquellos que cumplieron con criterios de Londres para hipersensibilidad (mayor percepción sensorial) o hiposensibilidad rectal (disminución de la percepción sensorial). Todos los participantes que aceptaron el consentimiento informado contestaron un cuestionario que incluyó características sociodemográficas y, según fuera el padecimiento, las escalas PAC-SYM, CSS y SMIS. Las variables numéricas se expresaron con estadística descriptiva y las categóricas con frecuencia y porcentaje. La comparación entre grupos se

realizó con la prueba t de Student o de Wilcoxon según correspondiera. Las correlaciones se realizaron con la prueba de Pearson o Spearman según fuera apropiado. Se consideró como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$ . El análisis se llevó a cabo en el programa SPSS V.25.

**Resultados:** De 159 sujetos evaluados (edad, 60,5 [18-84]; 79,9%, mujeres), 75 (47,8%) tuvieron síntomas de IF y 42 (27,4%) de EC. De acuerdo con la clasificación de Londres, 89 (56%) se clasificaron con hiposensibilidad, 56 (35,2%) con hipersensibilidad rectal y 14 (8,8%) con hiposensibilidad límite. Las características epidemiológicas de la población se mencionan en la **Tabla 1**. En las correlaciones, en sujetos con IF e hiposensibilidad, se observó una correlación negativa entre una menor presión en la maniobra de pujo y una mayor puntuación en la escala SMIS ( $r = -0,475$ ,  $p = 0,001$ ). Por otro lado, en los sujetos con IF e hipersensibilidad rectal se encontró una correlación negativa entre una mayor edad y una menor puntuación de SMIS ( $r = -0,405$ ,  $p = 0,040$ ). Los individuos con EC e hiposensibilidad rectal, mayor edad y mayor número de partos vaginales se correlacionaron de forma negativa con la puntuación de PAC-SYM ( $r = -0,471$ ,  $p = 0,009$ ;  $r = -0,510$ ,  $p = 0,021$ , respectivamente). Asimismo, en aquéllos con EC e hipersensibilidad rectal, CSS se correlacionó negativamente con el volumen de la primera sensación ( $r = -0,687$ ,  $p = 0,014$ ), volumen para el deseo de defecar ( $r = -0,698$ ,  $p = 0,012$ ) y el volumen máximo tolerable ( $r = -0,642$ ,  $p = 0,024$ ).

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que los síntomas anorrectales se correlacionan con los TSR. Sin embargo, aún se desconocen los mecanismos subyacentes a estas correlaciones, por lo que son deseables más investigaciones en este campo.

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

## Mar308

## IMPACTO DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES DE SUJETOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

S. A. Reyes-Díaz, B. A. Priego-Parra, H. R. Ordaz-Álvarez, C. L. Dorantes-Nava, F. A. Lajud-Barquín, F. Higuera-de la Tijera, M. Amieva-Balmori, R. G. Pucheta-Cancino, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Tabla 1.** Comparación de variables sociodemográficas en sujetos con estreñimiento, incontinencia fecal y trastornos de la sensibilidad anorrectal. Las variables numéricas se expresan con mediana y rango intercuartílico; las categóricas con frecuencia y porcentaje. La comparación entre grupos se realizó con la prueba t de Student o la de Wilcoxon según correspondiera. (Mar307)

Variable	Incontinencia fecal		Valor de p	Estreñimiento crónico		Valor de P
	Hiposensibilidad n = 42	Hipersensibilidad n = 27		Hiposensibilidad n = 30	Hipersensibilidad n = 12	
Edad	63 (48,7-71)	65 (59,7-73)	0,358	54 (44,2-61,5)	62 (48,5-70)	.078
Sexo	34 (81%)	25 (92,6%)	0,180	25 (83,3%)	12 (100%)	.132
IMC	26,5 (23,7-29,3)	27,7 (24,7-31,6)	0,076	25,2 (23,6-27,6)	26 (21,1-27,4)	.611
Tabaquismo	9 (21,4%)	7 (25,9%)	0,260	3 (10%)	5 (41,7%)	.018
Obesidad	9 (21,4%)	9 (33,3%)	0,272	4 (13,3%)	2 (16,7%)	.780
HAS	16 (38,1%)	12 (44,4%)	0,600	9 (30%)	3 (25)	.746
Diabetes	14 (33,3%)	11 (40%)	0,532	3 (10%)	1 (8,3%)	.906
Hipotiroidismo	6 (14,3)	6 (22,2%)	0,396	2 (6,7%)	1 (8,3%)	.850
Ansiedad	3 (7,1%)	2 (7,4%)	0,967	3 (10%)	2 (16,7%)	.547
Depresión	2 (4,8%)	2 (7,4%)	0,646	2 (6,7%)	1 (8,3%)	.850
Migraña	0	0	-	3 (10%)	1 (8,3%)	.868
Fibromialgia	1 (2,4%)	1 (3,7%)	0,749	2 (6,7%)	0	.359

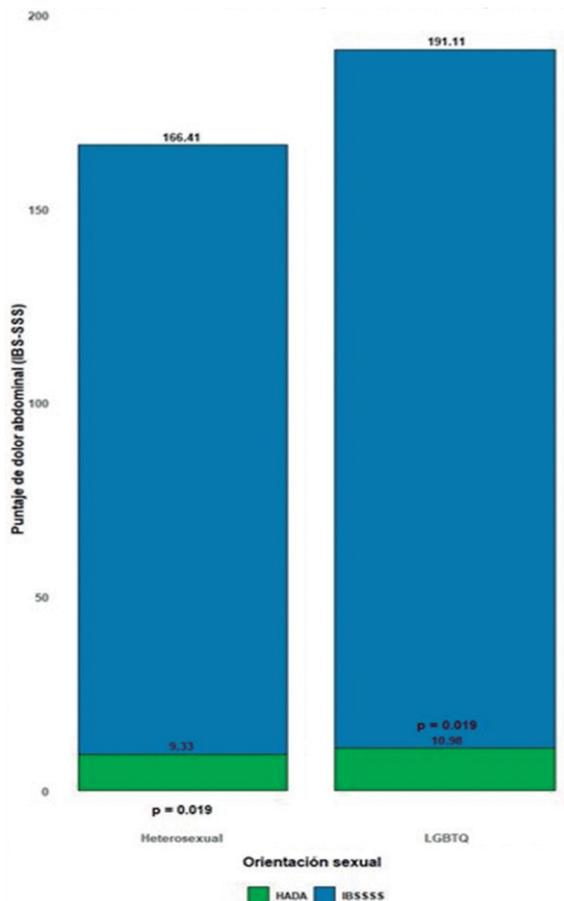
IMC, índice de masa corporal; HAS, hipertensión arterial sistémica.

**Introducción:** El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno de la interacción del eje cerebro-intestino caracterizado por dolor abdominal y cambio en el hábito intestinal. Aunque la etiología del SII no se comprende del todo, se reconoce la influencia de los factores psicosociales en la intensidad y persistencia de los síntomas gastrointestinales. La orientación sexual se refiere a la atracción emocional, romántica o sexual que una persona experimenta hacia otras personas. Pocos trabajos han investigado la orientación sexual o la identidad de género en personas con SII. Integrar estos factores a la investigación es clave para proporcionar acercamientos más efectivos y personalizados.

**Objetivo:** Comparar la intensidad de los síntomas gastrointestinales y los factores psicológicos entre individuos heterosexuales y aquellos pertenecientes a la comunidad LGBTQ con síndrome de intestino irritable.

**Material y métodos:** Estudio transversal y analítico que utilizó un muestreo no aleatorizado y que incluyó a sujetos con SII. Los participantes que aceptaron el consentimiento informado completaron un cuestionario electrónico compuesto por 50 preguntas. Se obtuvieron variables sociodemográficas, entre ellas la orientación sexual y la identidad de género. Para el diagnóstico de SII se usó el cuestionario de Roma IV. Para evaluar la intensidad del dolor y la

**Figura 1.** Gráfica de barras que compara las puntuaciones del dolor abdominal (IBS-SSS) entre sujetos heterosexuales e individuos identificados como integrantes de la comunidad LGBTQ con síndrome de intestino irritable. Las barras representan dos categorías de variables: IBSSSS (azul) y HAD-A (verde). Las puntuaciones numéricas se muestran sobre cada barra. La comparación entre grupos se realizó con la prueba t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se determinó como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$ . (Mar308)



distensión abdominal se empleó la Escala de gravedad de síntomas en individuos con síndrome de intestino irritable (IBS-SSS). Se utilizó la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) para medir la alteración psicológica. En el análisis estadístico, las variables numéricas se expresaron con estadística descriptiva y medidas de dispersión, y las categóricas con frecuencia y porcentaje. Para la comparación entre grupos (heterosexual/LGBTQ) se usaron las pruebas t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se realizaron correlaciones con la prueba de Spearman. Se consideró como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$ . El análisis de los datos se llevó a cabo en el programa estadístico SPSS V.25.

**Resultados:** Se incluyó a 141 sujetos diagnosticados con SII (68,8% mujeres), con una mediana de edad de 27 (intervalo, 18-60). Con respecto al subtipo de SII, 51 (36,2%) se clasificaron como mixto, 49 (34,8%) con estreñimiento, 23 (16,3%) indeterminado y 18 (12,8%) con predominio de diarrea. Un número de 96 (68,1%) señaló ser heterosexual y 45 (31,9%) como pertenecientes a la comunidad LGBTQ. De los individuos LGBTQ, 27 (19,1%) se identificaron como homosexuales, 16 (11,3%) como bisexuales, 1 (0,7%) como transexual y 1 (0,7%) como *queer*. Los individuos LGBTQ tuvieron mayor puntuación de gravedad de síntomas gastrointestinales en el cuestionario IBS-SSS (191,1 [151,6-229,9] vs. 166,4 [126,6-210,35],  $p = 0,019$ ), distensión abdominal (50 [25-50] vs. 25 [25-50],  $p = 0,005$ ), y ansiedad (11 [8-14] vs. 9 [7-12],  $p = 0,019$ ) (Fig. 1). En las correlaciones, el dolor abdominal se correlacionó con HAD-A ( $r = 0,313$ ,  $p < 0,0001$ ) y a su vez HAD-A se correlacionó con el número de días con dolor ( $r = 0,269$ ,  $p = 0,003$ ), intensidad de la distensión abdominal ( $r = 0,250$ ,  $p = 0,003$ ) e, inversamente, con la satisfacción evacuatoria ( $r = -0,267$ ,  $p = 0,007$ ). En el subanálisis se encontró que los individuos de orientación bisexual fueron el grupo más afectado, al registrar mayor puntuación de ansiedad ( $p < 0,0001$ ) e intensidad de la distensión ( $p = 0,037$ ).

**Conclusiones:** Las personas con SII pertenecientes a la comunidad LGBTQ tuvieron mayor intensidad de síntomas y ansiedad en comparación con los sujetos heterosexuales. Resalta la importancia de considerar los aspectos biopsicosociales al abordar el SII. Se sugiere una atención médica inclusiva y sensible a la diversidad sexual para garantizar una atención integral y óptima.

**Financiamiento:** Sin financiamiento alguno.

## Mar309

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA NO IDENTIFICADA: ¿QUÉ TANTO SE ASOCIA A DOLOR CRÓNICO DE PARED ABDOMINAL?

K. E. Medina-Morales, F. A. Félix-Téllez, M. F. Sánchez, G. J. Peña-Barajas, M. A. Escobar-Montes, J. A. Velarde Ruiz-Velasco, J. M. Aldana-Ledesma, E. C. Morel-Cerda, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** El dolor abdominal es el síntoma gastrointestinal más frecuente que da lugar a visitas médicas ambulatorias y en México corresponde al 30% de las consultas en urgencias y hasta el 5% de la consulta de atención primaria. Dentro de estas últimas, el dolor crónico de la pared abdominal representa hasta el 10%; sin embargo, la mayor parte de los casos no se diagnostica de forma adecuada al no contar con los recursos paraclínicos suficientes. Para el clínico, el correcto abordaje de esa anomalía implica un reto, por lo que se consideró importante realizar este protocolo.

**Objetivo:** Determinar si existe una relación entre el dolor crónico de la pared abdominal y las diferentes características clínicas observadas en pacientes que acuden a la consulta externa por dolor abdominal de causa no identificada.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal de enero del 2022 a junio del 2023 en el que se recolectaron datos de pacientes valorados por dolor abdominal en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente del país. Se registraron datos sociodemográficos y semiológicos del dolor. También se aplicaron el cuestionario de HADS para ansiedad/depresión, el 18-pAQ para el diagnóstico de dolor de la pared abdominal y el de Roma IV para el diagnóstico de dispepsia y síndrome de intestino irritable. Se realizó un análisis de regresión logística multivariado para comparar a los pacientes con dolor de pared abdominal.

**Resultados:** Se registró a un total de 118 pacientes con edad media de  $52 \pm 14$  años, entre los cuales predominó el sexo femenino con 78% (n = 92). En 74 pacientes se cumplieron los criterios de dolor de pared abdominal y de ellos el 68,9% también satisfacía criterios de dispepsia y 40,6% de síndrome de intestino irritable. En el análisis de regresión logística multivariado no se encontró una relación del síndrome de dolor de pared abdominal con la presentación clínica de dispepsia o síndrome de intestino irritable, pero sí una vinculación independiente con dolor localizado al cuadrante inferior izquierdo (OR, 18,2; IC95%, 2,10-159; p = 0,008), signo de Carnett (OR, 10,0; IC95%, 3,17-32; p ≤ 0,001) y parestesias (OR, 1,68; IC95%, 1,39-2,030; p ≤ 0,001).

**Conclusiones:** Se identificó una sólida relación del dolor en el cuadrante inferior izquierdo, no descrita antes, con dolor en la pared abdominal, y también con parestesias y signo de Carnett positivo. En cambio, no se reconoció un nexo de éstos con trastornos funcionales, incluido el síndrome de intestino irritable. Por lo tanto, se recomienda tomar en cuenta este diferencial para realizar un abordaje dirigido en pacientes con causa no identificada del dolor abdominal.

**Financiamiento:** Trabajo realizado con recursos propios.

## Mar310

### HALITOSIS EN ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES. ¿MITO O REALIDAD?

P. Durán-Azamar, S. Pérez-Pérez, D. N. Guzmán-Uscanga, S. K. Nolasco-Polito, M. R. Francisco, F. B. Roesch-Dietlen, L. Roesch-Ramos, J. M. Remes-Troche, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La halitosis es un síntoma frecuente informado hasta en 25% de la población general y es efecto sobre todo de enfermedad periodontal. Aunque se ha señalado que la ERGE y la dispepsia no investigada pueden cursar con halitosis, no existe evidencia contundente que demuestre estas relaciones.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de halitosis en pacientes con síntomas gastrointestinales.

**Material y métodos:** Estudio transversal y analítico realizado en pacientes del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas y Clínica de enfermedades periodontales de la Universidad Veracruzana que acudieron a valoración médica o profilaxis dental. En todos los pacientes se evaluaron los criterios de Roma IV para SII y dispepsia, cuestionario GERD-Q para síntomas de ERGE y determinación de halitosis mediante halitómetro (Breath Checker). En el análisis de resultados se utilizó estadística descriptiva y medidas de dispersión para las variables numéricas; las variables categóricas se expresaron como frecuencia y porcentaje, y la comparación entre grupos se efectuó con la prueba ji cuadrada. Las correlaciones se realizaron con la prueba de Pearson o Spearman. Se consideró como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$ ; el análisis de datos se llevó a cabo en el programa estadístico SPSS V.25.

**Resultados:** Se incluyó a 82 sujetos, 55 (67,1%) mujeres de 26 años (intervalo, 19-73), 43 (52,4%) con síntomas de ERGE, 6 (7,3%) de SII

y 5 (6,1%) de dispepsia no investigada. Se consideró un grupo control de 28 sujetos (34,1%) asintomáticos. Todos los pacientes con SII y dispepsia no investigada tuvieron halitosis positiva (13,4%). En el grupo de ERGE, la prevalencia de halitosis fue de 88,4%, en su mayoría grave (55,6 vs. 9,1 p < 0,001), similar a la del grupo control con prevalencia del 85,7% (p = 0,642), pero en su mayoría halitosis leve (60,9 vs. 4,3, p = 0,001). En las correlaciones, los síntomas de ERGE se correlacionaron con el grado de halitosis (r = 5,62, p ≤ 0,001), mientras que el grado de halitosis se correlacionó a la inversa con la frecuencia del cepillado (r = -0,355 p = 0,001). En la Tabla 1 se observan las características de la población.

**Conclusiones:** En la población de estudio, la halitosis es una entidad referida con frecuencia sin demostrar relación significativa con los síntomas digestivos. Sin embargo, se advirtió que los pacientes con ERGE e higiene oral deficiente cursan con halitosis de mayor intensidad. Es necesario aumentar la muestra de estudio para esclarecer el vínculo entre los síntomas digestivos y la halitosis.

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

Tabla 1. Características de los pacientes con halitosis y sin ella. (Mar310)

	Pacientes con halitosis n = 73	Pacientes sin halitosis N = 9	Valor de p
<b>Sexo</b>			
Masculino	25 (34,2%)	2 (22,2%)	0,525
Femenino	48 (65,8%)	7 (77,8%)	
<b>Comorbilidades</b>			
Diabetes	1 (1,4%)	1 (11,1%)	0,299
Hipertensión	1 (1,4%)	0 (0%)	
Sanos	71 (97,3 %)	8 (88,9%)	
<b>Consumo de alcohol</b>			
Sí consume	26 (35,6%)	3 (33,3%)	0,892
No consume	47(64,4%)	6 (66,6%)	
<b>Consumo de tabaco</b>			
Sí fuma	12	0 (0%)	.
No fuma	61	9 (100%)	0,188
<b>Frecuencia del cepillado</b>			
1 vez al día	0	0	0,66
2 veces al día	33 (45,2%)	1 (11,1%)	
3 veces al día	35 (47,9%)	8 (88,9%)	
> 3 veces al día	5 (6,8%)	0	
<b>Síntomas gastrointestinales</b>			
Sin síntomas	24 (32,9%)	4 (44,4%)	0,639
ERGE	38 (52,1%)	5 (84,9%)	
SII	6 (8,2%)	0	
Dispepsia	5 (6,8%)	0	
<b>Grado de halitosis</b>			0,000
Leve	16 (21,9%)	0	
Moderada	11 (15,1%)	0	
Intensa	17 (23,3%)	0	
Grave	29 (39,7%)	0	

## Mar311

### PATRONES DE MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES POSOPERADOS DE FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN

A. H. Díaz-Crespo, P. Durán-Azamar, G. P. Martínez-Pérez, K. R. García-Zermeño, B. A. Priego-Parra, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La funduplicatura de tipo Nissen laparoscópica es el tratamiento quirúrgico de elección para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Los pacientes con recurrencia de síntomas o desarrollo de efectos secundarios requieren evaluación integral para valorar la posible reintervención. La manometría de alta resolución (MAR) esofágica forma parte de este conjunto de pruebas y permite evaluar e identificar los diferentes tipos de fallas del procedimiento. Hoshino *et al.* (Dig Dis Sci 2012) han propuesto una clasificación topográfica que describe seis patrones diferentes.

**Objetivo:** Describir los patrones de manometría esofágica de alta resolución en pacientes posoperados de funduplicatura de tipo Nissen.

**Material y métodos:** Estudio transversal, analítico y descriptivo realizado en pacientes posoperados de funduplicatura que acudieron al laboratorio de motilidad del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas para someterse a manometría esofágica. Se utilizó catéter de estado sólido de alta resolución de 36 sensores ManoScan™ ESO de Medtronic y el procedimiento se realizó luego del posicionamiento transnasal del catéter y en decúbito supino; se identificaron así la zona de alta presión distal y el esfínter esofágico inferior (EEI); la función del cuerpo esofágico se evaluó con 10 degluciones líquidas (5 cm<sup>3</sup>) y mediante la integral de contracción distal (DCI). La relajación del EEI se evaluó tras calcular la presión de relajación integrada (IRP) y clasificar la funduplicatura en intacta, rota, torcida, intratorácica, deslizada y acalasia secundaria. En todos los pacientes se evaluaron los síntomas con el cuestionario GERD-Q para síntomas de ERGE.

**Resultados:** Se incluyó a 17 pacientes posoperados de funduplicatura de tipo Nissen, 11 (64,7%) mujeres y 6 (35,3%) hombres, con mediana de edad de 52 años. A todos los pacientes se los evaluó por lo menos tres meses después de la intervención por la persistencia de síntomas esofágicos. De acuerdo con la evaluación de MAR, se identificaron ocho funduplicaturas intactas, cuatro intratorácicas, cuatro deslizadas y una rota (Fig. 1). No hubo correlación significativa con los síntomas de reflujo, pero sí con disfagia.

**Conclusiones:** Los patrones manométricos después de una funduplicatura son fáciles de identificar de acuerdo con la clasificación de Hoshino *et al.* En la cohorte de estudio, la funduplicatura estaba morfológicamente intacta en casi la mitad de los casos, deslizada o en posición intratorácica en una cuarta parte y se correlacionaba con disfagia. De acuerdo con la propia experiencia de los autores, es recomendable utilizar esta clasificación.

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

## Mar312

### PREVALENCIA E IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN INDIVIDUOS CON INCONTINENCIA FECAL SEGÚN LOS CRITERIOS DE ROMA IV

G. Rangel-Zavala, F. Higuera-de la Tijera, J. A. Villanueva-Herrero, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno común de la interacción entre el intestino y el cerebro. La incontinencia fecal (IF), que se define como la pérdida accidental de heces, es otro trastorno gastrointestinal común que afecta al 1% a 16% de la población. Ambas entidades son trastornos gastrointestinales que modifican en grado significativo la calidad de vida de los pacientes. Se sabe poco acerca de los efectos del síndrome de intestino irritable en individuos con incontinencia fecal.

**Objetivo:** Notificar la prevalencia del SII en individuos que padecen incontinencia fecal, así como comparar las características de estos pacientes con aquellos que no cumplen los criterios diagnósticos de Roma IV.

**Material y métodos:** Se recopilaron los expedientes de 43 pacientes con incontinencia fecal, incluidos datos demográficos, manometrías anorrectales, síntomas gastrointestinales y psicológicos. Además, se evaluó la presencia del SII en estos mismos pacientes y se asignó una clasificación de acuerdo con los criterios de Roma IV. Para realizar el análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student, que permitió comparar diversas variables entre los pacientes con IF, con SII y sin él.

**Resultados:** Se analizó a 43 pacientes para determinar la prevalencia del SII en sujetos con IF (Tabla 1). En los participantes evaluados se encontró que el 58,13% (25 pacientes) presentaba SII, mientras que el resto no cumplía con los criterios diagnósticos de Roma IV para SII. Un aspecto relevante de esta población es la distribución de género, en la cual se observó que la mayoría de los pacientes con SII e IF correspondía a mujeres (80% del grupo). La edad media de estos pacientes fue de 59,04 ± 13,2 (53,8-64,12) años. En cuanto a las características clínicas, se midió la presión de reposo en pacientes con SII e IF y los resultados mostraron un promedio de 40,69 ± 26,9 (30,15-51,24). No se halló diferencia significativa en el número de

**Figura 1.** Patrones de manometría de alta resolución en pacientes posoperados de funduplicatura de tipo Nissen: a) MAR de un paciente con funduplicatura intacta. En comparación con un voluntario sano, la presión basal del EEI es más alta, pero es buena. (Mar311)

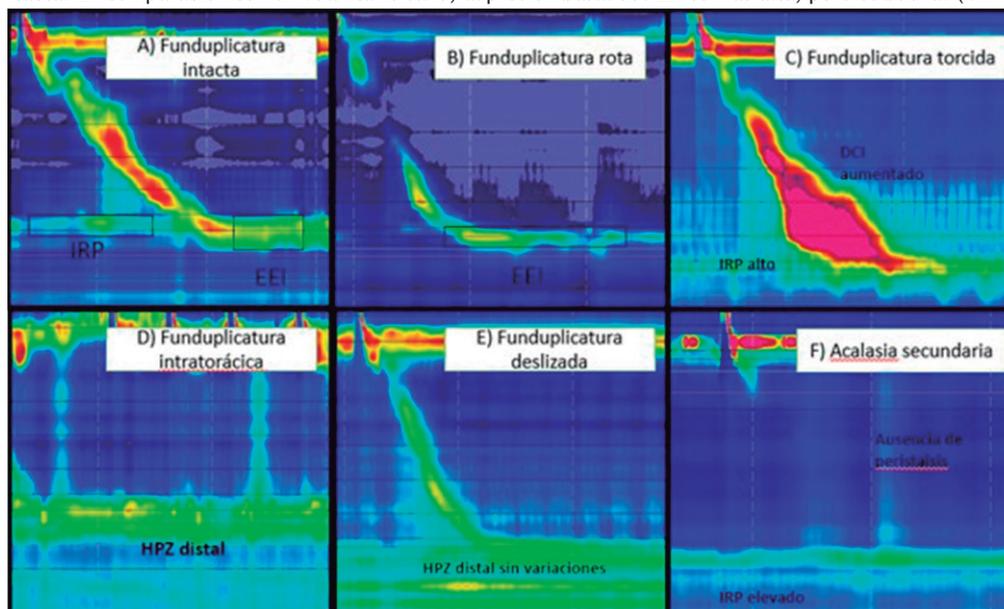


Tabla 1. Diferencias entre ambos grupos. (Mar312)

	Edad	Presión de reposo	Presión contracción	Número de partos	Escala de Bristol
Pacientes con SII +	59,04 ± 13,2 (53,87-64,21)	40,69 ± 26,9 (30,15-51,24)	81,98 ± 48,21 (63,08-100,88)	2,04 ± 2,03 (1,24-2,84)	5,8 ± 1,08 (5,38-6,22)
Pacientes sin SII -	54,39 ± 14,37 (47,75-61,03)	51,09 ± 29,78 (37,33-64,85)	95,82 ± 57,56 (69,23-122,41)	1,5 ± 2,55 (0,32-2,68)	4,06 ± 1,03 (3,58-4,53)
Prueba t de Student	0,27843242	0,238687471	0,39670606	0,444031533	0,0000

partos entre ambos grupos. Además, se examinaron los antecedentes de cirugía anorrectal en los pacientes y se descubrió que 16 (37,20%) de ellos se habían sometido antes a alguna intervención quirúrgica de este tipo. Para evaluar la consistencia de las deposiciones se utilizó la escala de Bristol, un indicador importante en pacientes con SII e IF. Se encontró que aquellos con SII e IF mostraron un promedio más elevado de 5,8 ± 1,08 (5,38-6,22), mientras que el grupo sin SII registró un promedio de 4,06 ± 1,03 (3,58-4,53); esta diferencia fue estadísticamente significativa, con un valor de  $p = 0,0000$ .

**Conclusiones:** Este estudio proporciona información relevante sobre la prevalencia del SII en pacientes con IF y destaca la mayor incidencia en mujeres. Además, se identificaron diferencias significativas en la consistencia de las deposiciones entre los grupos con SII y sin él, lo que sugiere una vinculación notable entre estos dos trastornos gastrointestinales. Estos resultados pueden contribuir al mejor entendimiento y abordaje clínico de ambas anomalías, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Mar313

### PRESIÓN ANAL DURANTE LA TOS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL: VALOR Y UTILIDAD DIAGNÓSTICA

K. R. García-Zermeño, B. A. Priego-Parra, G. P. Martínez-Pérez, A. H. Díaz-Crespo, F. D. García-García, G. Morales-Osorio, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

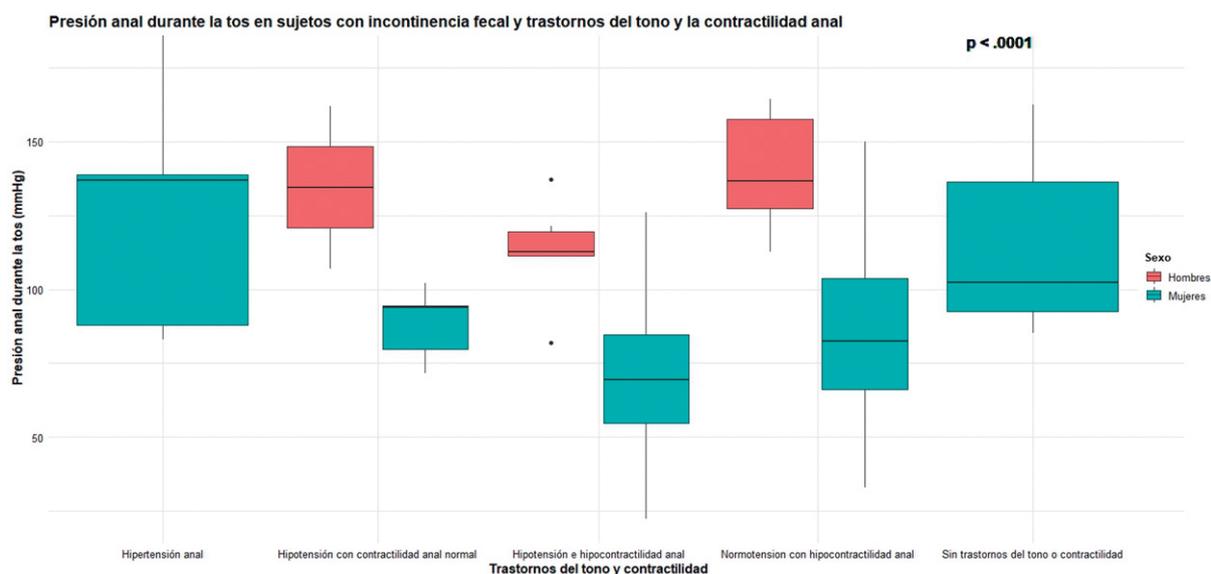
**Introducción:** La incontinencia fecal (IF) es una alteración debilitante que afecta al 8,4% de la población general, con efectos negativos sobre la calidad de vida. Aunque la disfunción del esfínter anal es el mecanismo fisiopatológico más importante en la IF, sólo un tercio de los pacientes sufre hipotonía anal, en tanto que dos tercios tienen hipocontractilidad anal. Esto sugiere que existen factores supraesfínterianos de igual o mayor importancia para la continencia. El grupo de trabajo de Londres recomienda evaluar la respuesta de presión anorrectal ante la tos como parte del protocolo de manometría anorrectal (MAR) para mejorar el valor diagnóstico y utilidad de la MAR; sin embargo, hay pocos estudios cuantitativos que analicen los cambios en la IF en relación con estas respuestas de presión.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de la respuesta de presión anal durante la tos, en pacientes con IF y trastornos del tono y contractilidad anal.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico, transversal y analítico en el que se incluyó a sujetos con diagnóstico de IF y consentimiento informado antes de su participación en el estudio. Para evaluar las características anorrectales se realizó manometría anorrectal de alta resolución de acuerdo con el protocolo de Londres. Se registraron variables clínicas y manométricas. En el análisis estadístico se evaluó la distribución de los datos y la homocedasticidad. La diferencia de medias se realizó con la prueba t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Para las correlaciones se utilizaron los instrumentos de Pearson o Spearman. Para la comparación de variables categóricas se empleó ji cuadrada. Se realizó un análisis de regresión logística para calcular las razones de probabilidades (*odds ratio*) y evaluar la relación entre variables de interés. Se consideró como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$ . El análisis se llevó a cabo en SPSS V 25.

**Resultados:** Se incluyó a 80 individuos (80% de mujeres) con diagnóstico de IF. La mediana de edad fue de 63 años (intervalo, 54-71)

Figura 1. Distribución de los trastornos del tono y la contractilidad anal por sexo en pacientes con IF, así como el promedio de la presión anal durante la tos en cada uno de los grupos. (Mar313)



e índice de masa corporal de 26,8 (23,8-30,8). Durante la maniobra de la tos, el promedio de presión anal fue de  $92,1 \pm 35,7$ . Se identificó una diferencia significativa en la presión anal durante la tos entre los grupos de mujeres y hombres ( $83,9 \pm 33$  vs.  $125,1 \pm 26,3$ ,  $p < 0,0001$ ), con la presión más baja identificada en el grupo de mujeres. Respecto de los trastornos del tono, se observaron las siguientes distribuciones: 7 (9,6%) sujetos tenían hipertensión anal, 41 (56,2%) hipotensión e hipocontractilidad, 7 (9,6%) hipotensión con contractilidad anal normal, 18 (24,7%) normotensión con hipocontractilidad anal y 7 (9,6%) sin alteraciones en el tono o contractilidad anal. Las personas con hipotensión e hipocontractilidad

tuvieron una presión de tos significativamente menor ( $74,9 \pm 27,9$  vs.  $135,6 \pm 41,8$ ,  $p < 0,0001$ ), al igual que aquéllos con normotensión e hipocontractilidad ( $104,2 \pm 35,1$  vs.  $135,6$ ,  $p = 0,007$ ), en comparación con los otros grupos (Fig. 1). El diagnóstico de hipotensión e hipocontractilidad se relacionó con menor presión durante la tos (OR, 6,8; IC95%, 1,1-40,4;  $p = 0,021$ ).

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que una respuesta anormal de presión durante la tos podría ser un marcador importante vinculado con la gravedad de la disfunción del esfínter anal, así como parte de otros mecanismos supraesfintéricos.

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