

REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Trabajos libres de cartel

ID 95

Curso clínico de pacientes con hepatitis autoinmune en el Servicio de Gastroenterología pediátrica de la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”, Centro Médico Nacional “La Raza”

Guillermo Antonio Argüello-Arévalo, Evelyn Juárez-Naranjo, José Antonio Chávez-Barrera, María del Rosario Velasco-Lavín y Víctor Manuel Monroy-Hernández. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F. Arg_27@hotmail.com

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad inflamatoria del hígado de origen desconocido, caracterizada por un denso infiltrado linfoplasmocitario de los espacios porta, serológicamente por la presencia de autoanticuerpos no órgano e hígado específicos e incremento de la inmunoglobulina G (IgG), en ausencia de etiología conocida. El diagnóstico se basa en criterios definidos por el GIHAI, validados en la práctica clínica. Es meritoria la correlación entre hallazgos clínicos, laboratorio e histología, aunque no existen criterios patognomónicos para el diagnóstico de la enfermedad. El tratamiento debe ser individualizado en todos los casos.

Objetivo: Conocer el curso clínico de pacientes con Hepatitis autoinmune en el Servicio de Gastroenterología Pediátrica de la UMAE Hospital General Centro Médico “La Raza”, en el periodo enero de 2006 a julio de 2011.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y transversal en el periodo enero de 2006 a julio de 2011 de los pacientes con hepatitis autoinmune en el Servicio de Gastroenterología Pediátrica del Hospital General del Centro Médico Nacional “La Raza”. Se reportan los resultados por medio de medidas de tendencia central, medias y desviación estándar para variables de intervalo continuas y con frecuencia y porcentajes para variables nominales.

Resultados: Veintinueve pacientes, 6 se excluyeron. El periodo de diagnóstico fue de 1997 a 2011. Género femenino 18 (78,26%) y masculino 5 (21,74%), relación 1:3,6. La edad al diagnóstico fue de 11 meses a 13 años con 11 meses, edad media de 7,87 años. El rango más afectado fue de 5 a 9 años. El estado nutricional en 17 pacientes fue normal (73,91%). Doce pacientes (52,17%) tenían historia

familiares de DM, LES, artritis reumatoide y HAI, y 6 pacientes antecedentes personales: LES (4), uveítis (1) y anemia hemolítica (1). La forma de presentación: aguda en 17 casos, crónica 4 y fulminante en 2. Al diagnóstico las manifestaciones clínicas: astenia y adinamia, anorexia, ictericia, en 91%, coluria y acolia 65,21%, hepatomegalia 52,17%, ascitis 21,73%, encefalopatía 17,39%. Laboratorios al diagnóstico: 7 con anemia, 4 con trombocitopenia. INR normal en 82,61% y anormal en 4. Elevación de AST en el 95,65% ALT en el 100%, GGT 52,17%, FAL en 52,17%. Bilirrubina directa en 69,57%, IgG en 95,45%. C4 bajo en 57,89%. La normalización de las PFH, Ig y anticuerpos, fue de uno a 17 meses (media de 6,15), un paciente falleció. ANA positivos en 13, pANCA 2 y AML 3, Anti LKM positivo en un paciente. Biopsia hepática: 19 pacientes (82,61%) ruptura de la placa limitante, 19 (82,61%) infiltrado de células plasmáticas, 13 (34,78%) necrosis focal y 13 (56,52%) fibrosis portal. A 8 se realizó biopsia de control entre 12 a 18 meses del diagnóstico: 50% normales y 50% con enfermedad activa. El 91,30% inició tratamiento con prednisona y azatioprina, y 2 con prednisona. A la fecha 18 pacientes bajo tratamiento. El estado de salud actual: asintomático en 91,3% de pacientes, sintomático 4,35% y una defunción, 5 pacientes fueron egresados por edad.

Conclusiones: La sospecha clínica y el diagnóstico oportuno de la HAI es necesario para mejorar la tasa de supervivencia en pacientes con esta enfermedad. Ante lo mencionado consideramos es meritorio realizar un adecuado abordaje en aquellos pacientes con transaminasemia e hipergammaglobulinemia, con el fin de realizar un diagnóstico y tratamiento temprano y mejorar la calidad de vida los pacientes con esta patología.

ID 96

Predictores de positividad de cápsula endoscópica (CE) en hemorragia gastrointestinal de origen oscuro (HGIO). Estudio retrospectivo con 210 pacientes

Diego García-Compean, Joel Omar Jáquez-Quintana, José Alberto González-González, Pedro Mendoza-Rodríguez y Héctor Jesús Maldonado-Garza. Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L., México. digarciacompean@prodigy.net.mx

Antecedentes: La utilidad diagnóstica de la CE en la HGI va del 30% al 82%. Este amplio rango se debe a criterios heterogéneos para su indicación. Existen pocos estudios que evalúan las variables clínicas que influyen en positividad de la CE en HGIO lo cual en nuestro país favorecería la optimización en el uso de este recurso diagnóstico de alto costo.

Objetivos: Definir las variables clínicas que predicen en forma independiente la positividad de la CE en pacientes con HGIO.

Materia y método: Es un estudio retro-prospectivo realizado del 2004 al 2012. Se estudiaron pacientes con anemia ferropénica y sangrado oculto o con melena y/o hematoquezia; con endoscopia y colonoscopia negativas; cualquier género y edad. Se les realizó CE con cápsulas Given y Mirocam en forma ambulatoria y hospitalaria. Se definió como CE positiva cuando se demostraron lesiones tipo P1 y P2 de la clasificación de Saurin, que se basa en posible causalidad de las lesiones con el sangrado: (P0=ninguna; P1=intermedia; P2=alta o definitiva. Los resultados se analizaron en el grupo total y en pacientes con HGIO visible u oculta. La predicción de las variables se evaluó con análisis de regresión univariado y multivariado.

Resultados: Se evaluaron 245 pacientes de los cuales se eliminaron 35 (8 por estudios de CE incompletos y 27 por falta de datos de laboratorio). En total se incluyeron 210 pacientes. La CE fue positiva en el 62,3% (angiodisplasias en 40,9%, úlceras 17,6% y tumores en 3,8%). En forma global, la edad mayor, la presencia de enfermedad renal crónica, la ingesta de AINES, la presencia de HGIO visible, los niveles séricos bajos de Hb, la mayor cantidad de unidades de sangre transfundidas y el mayor número de hospitalizaciones fueron predictores de positividad en el análisis univariado. Sin embargo en el multivariado solo la HGIO visible (RM=6,3; IC=1,5-28,7; $p=0,001$) y la ingesta de AINES (RM=5,8; IC=2,2-30,4; $p=0,003$) fueron predictores independientes.

En los pacientes con HGIO visible el uso de AINES y de alcohol, los niveles de Hb sérica, el último sangrado <7 días, la cantidad de unidades transfundidas y el número de hospitalizaciones fueron significativos en el análisis univariado. No obstante, sólo el último sangrado <7 días (RM=5,3; IC=2,3-18,4; $p=0,002$), la ingesta de AINES (RM=8,3; IC=3,9-21; $p=0,01$), la Hb sérica <10 g/dL (RM=4,2; IC=2-54,3; $p=0,006$) y la cantidad de unidades de sangre transfundidas (RM=3,1; IC=1,2-15,2; $p=0,02$) fueron predictores independientes por análisis multivariado.

En la HGIO oculta, la edad mayor, la enfermedad cardiovascular, el uso de AINES, los niveles séricos de Hb y las unidades de sangre transfundidas fueron significativos en el análisis univariado. En el multivariado solo la edad mayor (RM=8,2; IC=3,5-12,3; $p=0,04$), el uso de AINES (RM=5,2; IC=2,4-16; $p=0,02$) y la Hb sérica <10 g/dL (RM=10,2; IC=6,2-34; $p=0,008$) fueron predictores independientes de positividad.

Conclusiones: En la HGIO en términos globales, el sangrado visible y la ingesta de AINES son predictores importantes de positividad de la CE. Sin embargo, la HGIO visible y la oculta tienen algunos predictores específicos. En la visible estos son: la ocurrencia del último sangrado <1 sem, la Hb sérica <10 y uso de transfusiones. En la oculta son: la edad > 40 años y la Hb sérica <10 g/dL. El análisis de HGIO visible y oculta por separado mejora la evaluación de los factores predictivos de positividad de la CE.

ID 97

Peliosis hepática, reporte de 2 casos en pediatría

César Maldonado-Rivera. Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos. México, D.F. dr.cesarmaldonado@gmail.com

Antecedentes: La peliosis hepática o peliosis hepatitis es una patología vascular poco frecuente, y aún más infrecuente en la edad pediátrica, se caracteriza por nódulos hepáticos únicos o múltiples,

que están constituidos por sinusoides dilatados y múltiples espacios lacunares llenos de sangre. Se pueden ver afectados también bazo, ganglios linfáticos, médula ósea, pleura, pulmón, riñón, estómago y suprarrenales. Se ha relacionado con el uso prolongado de esteroides sistémicos y algunos otros medicamentos y tóxicos.

Caso clínico: Se presentan 2 casos de pacientes pediátricos, niño de un año originario de Oaxaca, con antecedente de Tetralogía de Fallot, uso de propranolol y postoperado de realización de fistula De Blalock-Taussig. Debuta con episodio de hematemesis por lo que se realiza Endoscopia alta que reportar várices grado III Dagradi y enviado para su estudio. Por serología se descartan causas infecciosas, metabólicas e inmunológicas, solo discreta elevación de transaminasas. USG hepático con reporte de patología parenquimatosa difusa nodular y fibrotica. Se decide biopsia hepática con diagnóstico de peliosis. Se complementa estudio con TAC que reporta glándula hepática de bordes regulares, dimensiones adecuadas, la cual tras la administración del medio de contraste se observa parénquima heterogéneo, con áreas extensas de baja atenuación, poco definidas, que alternan con otras de atenuación en rango normal y evidencia de algunas zonas de hipodensidad focal de forma irregular, diseminadas en todo el parénquima.

El segundo caso niño de 3 años procedente en tabasco enviado por aumento de transaminasas en estudio de control. Como único antecedente de importancia se tiene ingesta de productos comerciales herbolarios, asintomático. Se descartaron causas infecciosas metabólicas e inmunológicas por serología, por lo que se decide realización de biopsia hepática la cual se reporta con peliosis hepática. Aún se encuentra en espera de estudios de imagen.

En ambos casos, la biopsia reporta sinusoides dilatados y congestivos con presencia de sangre.

Discusión: La peliosis hepática es una enfermedad poco frecuente. El 20%-50% de los casos no tiene una causa conocida. Se ha relacionado con el uso de esteroides anabolizantes, esteroides, anticonceptivos orales, tamoxifeno, azatioprina, y en caso de algunas enfermedades como diabetes, vasculitis necrotizantes, alteraciones hematológicas o después de trasplante renal o cardíaco. No tiene predilección por sexo ni edad aunque es más frecuente en adultos. La repercusión clínica más importante es por complicaciones dentro de las que encontramos la insuficiencia hepática por compromiso multifocal o la hemorragia por rotura, aunque también puede presentar hipertensión portal. En el caso de una peliosis el aspecto radiológico muy útil aunque variable, por lo que la biopsia está siempre indicada.

Conclusiones: Existe poca literatura relacionada con los pacientes pediátricos acerca de esta patología, los casos reportados son de personas adultas, y en algunos casos de reportes de autopsia. Se trata de una enfermedad vascular benigna que afecta principalmente al hígado aunque puede encontrarse en otros órganos y se requiere de la realización de biopsia hepática para su diagnóstico aun cuando los estudios de imagen son de gran utilidad.

ID 98

Experiencia en la utilización del anillo colónico por compresión en colorrectoanastomosis

Luis Juan Ostos-Mondragón, Mario César García-Feregrino, Juan Carlos Hernández-Palero y Juan Guillermo Sánchez-Curtidor. Hospital Angeles. Querétaro, Qro., México. drostos@yahoo.com.mx

Antecedentes: Las anastomosis colorrectales se han realizado a través de varios medios posibles: sutura manual, engrapado mecánico y ahora con un anillo colónico por compresión. Son de todos conocidas las ventajas de utilizar un engrapado mecánico sobretodo en anastomosis bajas con menores índices de fugas anastomóticas y de dehiscencia. El anillo colónico además deja un mayor calibre en el área anastomosada.

Objetivo: Mostrar las ventajas de utilizar anillo colónico por compresión en anastomosis colorrectales.

Materiales y métodos: Se presentan 10 casos en que la anastomosis se realizó utilizando anillo colónico por compresión, 8 varones y 2 mujeres, rango de edad de 37 a 68 años, en 8 la cirugía fue laparoscópica y en 2 técnica abierta, en 6 pacientes se realizó resección y anastomosis en un mismo evento y en 4 se reconectó el tránsito intestinal, ya que tenían colostomía y bolsa de Hartmann previa.

Resultados: Hubo 2 complicaciones (20%), una perforación en el colon, 2 cm por encima de la anastomosis secundaria a quemadura inadvertida con el electrocoagulador, a quien hubo que realizarle colostomía, bolsa de Hartmann y lavado de cavidad, encontrando la anastomosis íntegra y en otro paciente hubo una sección del uretero izquierdo que se reparó vía laparoscópica en el mismo procedimiento dejándolo ferulizado con un catéter en J. No se presentaron fístulas ni dehiscencias, no hubo mortalidad y el egreso hospitalario se redujo a 5 días y el inicio de la vía oral fue más temprana (día 2).

Conclusiones: La aplicación del anillo colónico por compresión es seguro tanto por vía laparoscópica como por vía abierta, costos similares a las engrapadoras, menor estancia hospitalaria, menor índice de fístulas y dehiscencias y mayor calibre del área anastomosada. La técnica es muy similar a la utilizada con engrapado mecánico.

ID 100

Várices rectales. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Raúl Contreras-Omaña, Mireya González-Lozano, Juan Raúl Ávila-Pérez y José Luis Aguilar-Lira. IMSS Hospital General de Zona/Medicina Familiar N° 1. Pachuca, Hgo., México. drcontreras@hotmail.com

Introducción: La incidencia de várices rectales se ha reportado entre 59,5 y 89,3% en pacientes con hipertensión portal (donde representan estadios avanzados) y en presencia de várices esofágicas, aunque el sangrado masivo por esta causa es raro (0,5 a 3,6%). Sin embargo, se deben sospechar en pacientes con hipertensión portal, sangrado de tubo digestivo bajo, y con tratamiento endoscópico previo para várices esofágicas. Aunque la endoscopia ha sido el principal método diagnóstico, han surgido nuevas técnicas como el ultrasonido endoscópico, con mayor sensibilidad; ultrasonido Doppler color endoscópico y percutáneo que muestra más características hemodinámicas de várices rectales, las cuales son importantes para elegir el tratamiento adecuado para cada paciente; la angiografía, la tomografía computarizada y la tomografía computarizada tridimensional también son buenas técnicas para evaluar várices rectales.

Caso clínico: Masculino de 70 años de edad con cirrosis alcohólica Child-Pugh clase C, múltiples internamientos previos por sangrado de tubo digestivo alto y bajo, y antecedentes transfusionales de concentrados eritrocitarios. En esta hospitalización se presenta con datos de sangrado de tubo digestivo, con hasta 4 episodios de rectorragia en 24 horas. A la exploración física se observa ascitis a tensión y encefalopatía hepática grado III. Las pruebas de función renal fueron normales. Se le transfunden 2 concentrados eritrocitarios y se realiza endoscopia alta, encontrándose várices esofágicas grandes con signos rojos. Se realiza ligadura variceal y se da de alta al remitir el cuadro. Al 3° día reingresa presentando nuevo episodio de rectorragia. En endoscopia alta no se encuentran datos de sangrado reciente. Se realiza rectosigmoidoscopia flexible, encontrando várices rectales grandes y friables hasta 10 cm del margen anal. Se inicia tratamiento con terlipresina, omeprazol, propanolol, espironolactona y sucralfato, posteriormente se da de alta.

Discusión: La hipertensión portal en la gran mayoría de los pacientes resulta en el desarrollo de várices esofagogastricas que son asociadas con sangrado masivo de tubo digestivo alto.

Las várices rectales por otro lado constituyen otro camino colateral, el cual ayuda a la descompresión del sistema portal hacia la circulación sistémica a través de las venas hemorroidales superior, media e inferior.

Conclusión: Las várices rectales son comunes en pacientes con hipertensión portal. No hay diferencia significativa en la ocurrencia de hemorroides en pacientes con o sin hipertensión portal. En pacientes con hipertensión portal con sangrado de tubo digestivo, bajo la posibilidad de hallar várices rectales debe de ser considerada.

ID 102

Megacolon tóxico en paciente con colitis neutropénica. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Raúl Contreras-Omaña, Stephania Girón-Sandoval, José Javier López-García, Eduardo Padilla-González, Christian Liseth Salguero-Bautista, Ariana Michelle Torquemada-Pérez y José Luis Aguilar-Lira. IMSS Hospital General de Zona/Medicina Familiar N° 1. Pachuca, Hgo., México. drcontreras@hotmail.com

Introducción: La colitis neutropénica es un síndrome que principalmente se manifiesta en pacientes con neoplasias hematológicas tratados con altas dosis de quimioterapia, que por ello padecen neutropenia (<1.500 neutrófilos/mm³).

Características sobresalientes: dolor abdominal (cuadrante inferior derecho), diarrea y fiebre, engrosamiento de la pared intestinal > 4 mm medido por ultrasonido o TAC.

Caso clínico: Paciente femenino de 72 años de edad, con antecedente de artritis reumatoide desde hace 9 años, con tratamiento médico no especificado y además cuenta con diagnóstico de leucemia linfocítica aguda con hipofunción medular desde hace 5 semanas. Ha recibido 3 sesiones de quimioterapia con doxorubicina, cirugías positivas.

Ingresa al Servicio de Urgencias para administración de 4° sesión de quimioterapia, refiriendo dolor abdominal, astenia, adinamia, epistaxis en moderada cantidad y fiebre de 38,5° C, por lo que es ingresada al Servicio de Medicina Interna para valoración por Hematología.

Se solicitan estudios de laboratorio, reportando: Glucosa: 100, BUN: 16, Urea: 36,4, Creatinina: 0,18, Sodio: 124, Potasio: 3,8, Ácido Úrico: 1,7, TP: 15,9, TPT: 17,2, INR: 1,14, Eritrocitos: 2,2, Hb: 6, Hto: 19,2, Plaquetas: 14.000, Leucocitos: 0,4, demás líneas inconcluyentes.

Se indica transfundir concentrado eritrocitario y un pool plaquetario cada 24 horas. Se solicita interconsulta con el Servicio de Gastroenterología, el cual reporta abdomen distendido, blando y doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel del marco cólico, timpanismo a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. Se cuenta con nuevos estudios de laboratorio reportándose leucocitos de 0,57, neutrófilos: 22,3, linfocitos: 0,21, monocitos: 0, anemia y trombocitopenia importantes. Se cuenta con Rx de abdomen que muestra distensión del colon transversal de más de 8 cm, que radiológicamente corresponde con megacolon tóxico, secundario a colitis neutropénica.

Por lo que se indica a la paciente: dieta: líquidos claros a tolerancia; medicamentos: omeprazol 40 mg IV c/24 horas, aciclovir 400 mg IV c/8 horas, itraconazol 100 mg IV c/12 horas y prednisona 50 mg VO c/24 horas, ceftriaxona 1 g c/12 horas y metronidazol 500 mg c/8 horas, con mejoría clínica luego de 72 horas de manejo conservador y antimicrobianos.

Discusión: Ocurre con más frecuencia después de un tratamiento intensivo de quimioterapia para combatir leucemias. Los agentes quimioterapéuticos relacionados con enterocolitis neutropénica se indican en el tratamiento de leucemias agudas, como arabinósido de citosina, daunorrubicina, y vincristina.

Conclusión: Con el tratamiento conservador actualmente recomendado (dieta absoluta, sonda nasogástrica, nutrición parenteral, analgesia, antibióticos de amplio espectro y estimulantes de colonias granulocitarias), la supervivencia ha aumentado de forma significativa, reservándose el abordaje quirúrgico para casos concretos.

Conflicto de intereses: Ningún subsidio fue recibido para llevar a cabo el presente reporte de caso.

ID 103

Linfoma no-Hodgkin pancreático. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Raúl Contreras-Omaña, Ma. de Lourdes Benítez-Mendoza, Joselín Canales-Hernández, Jorge Luis Hernández-Azuara, Gustavo González-Nicolás, Abril Trejo-Caballero, José Luis Aguilar-Lira, Saúl Palomino-Ayala y María del Carmen Juárez-Gracia. IMSS Hospital General de Zona/Medicina Familiar N° 1. Pachuca, Hgo., México. drcontreras@hotmail.com

Introducción: Las lesiones pancreáticas malignas son más frecuentes dentro de la 5° y 6° década de vida, la más común es el adenocarcinoma, que representa el 95%, y menos del 1% corresponde a linfoma no-Hodgkin.

Los criterios que llevan al diagnóstico son: ausencia de adenopatías en mediastino y hallazgo de enfermedad pancreática sin daño esplénico ni hepático.

Los métodos de estudio utilizados para el apoyo diagnóstico son: USG, TAC y biopsia, que proporciona obtención de tejido, una visualización de órganos adyacentes y nódulos linfáticos, si se realiza por técnica abierta. El punto clave para la confirmación del diagnóstico, resulta de los hallazgos anatomopatológicos e inmunohistoquímicos de las biopsias, buscando marcadores tumorales específicos, en este caso, los marcadores CD20 y BCL-2.

El tratamiento incluye esquema de quimioterapia, radioterapia, resección tumoral o resección pancreática.

Caso clínico: Paciente femenino de 61 años, con único antecedente de importancia de colecistectomía 2 meses previos, en el último mes presenta dolor abdominal, distensión, náusea, vómito, así como pérdida de 10 Kg en dicho periodo.

Al examen físico: PA 110/80 mmHg, FC 85, FR 10, T 37°C. Masa palpable en epigastrio de aproximadamente 8 cm.

Laboratorio: Leucocitos 5,2 g/L, BD 0,10 mg/dL, BI 0,92 mg/dL, BT 1,02. Se realiza USG abdominal y TAC evidenciando lesión independiente en cabeza de páncreas, así como derrame pleural bilateral. Se realiza prueba de marcador tumoral Ca 19-9 resultando normal. Se procede a realizar laparotomía exploratoria y toma de biopsia epilplóica y pancreática.

El estudio anatomopatológico reportó neoplasia maligna poco diferenciada de alto grado y el inmunohistoquímico reportó marcadores tumorales CD20 ++, CD3 negativo y BCL-2 ++, resultando como impresión diagnóstica linfoma difuso de células grandes con inmunofenotipo B (LNH).

Discusión: El LNH se presenta en sitios extranodales, con predominio en el tracto gastrointestinal y en menor proporción en páncreas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de LNH pancreático son: dolor abdominal, masa palpable en epigastrio de rápido crecimiento, pérdida de peso, ictericia, diaforesis nocturna, fiebre, náusea, vómito y en ocasiones derrame pleural.

Conclusión: El linfoma primario de páncreas es una forma rara de linfoma extranodal originado del parénquima pancreático. Los

hallazgos clínicos y radiológicos no son específicos para la diferenciación entre linfoma pancreático y cancer pancreático. Ultrasonido endoscópico y punción-aspiración con aguja fina del páncreas requiere de un patólogo experimentado así como ensayos inmunohistoquímicos para obtener el diagnóstico final con una pequeña porción de tejido. La cirugía y la quimioterapia/radioterapia pueden producir muy buenos resultados.

ID 106

Saturación venosa central: nuevo predictor de severidad en pancreatitis aguda

Sergio Morales-Polanco, Xóchitl García-Samper, Óscar Contreras-Rivas, Raquel Benítez-Gutiérrez, Jessica Sánchez-Briones, Aranzazú Briseño-Rodríguez, René Cuecuecha-Tizapán y José Acevedo-Delgado. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE. México, D.F. sergiomp90@hotmail.com

Antecedentes: La pancreatitis aguda (PA) es leve y se resuelve en el 80% de los pacientes, pero puede llegar severa y tener una alta mortalidad en el 20% de los pacientes, sin embargo aún no tenemos un marcador realmente útil para clasificar la severidad de la PA. La inflamación sistémica condicionada en la PA es similar a la dada en otras patologías sistémicas. Parámetros recientemente utilizados para evaluar la resucitación en sepsis, como la saturación venosa central (SVC) pueden ser útiles para determinar la severidad en la PA.

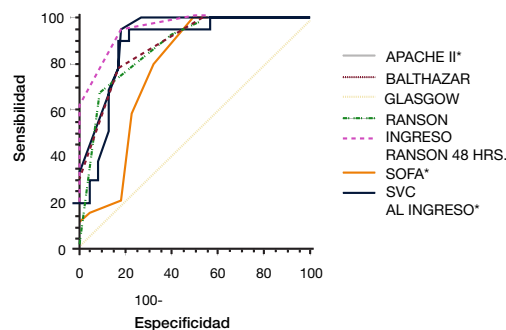
Objetivo: Determinar si los niveles de SVC en pacientes con PA son útiles como predictores tempranos de severidad.

Materiales y métodos: Se realizó estudio de cohorte (descriptivo, prospectivo y transversal) de enero del 2012 al enero del 2013, donde se incluyeron los pacientes ingresados al Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" con diagnóstico de PA. Las primeras 12 horas de estancia intrahospitalaria, se les colocó un acceso venoso central y se midió por gasometría venosa la saturación venosa central de oxígeno, con mediciones subsecuentes a las 24 y 48 horas.

Resultados: Un total de 46 pacientes fueron diagnosticados con PA, 4 se excluyeron del estudio. De los 42 pacientes incluidos, 25 fueron del sexo masculino (59%) y 17 del sexo femenino (41%) La edad promedio de los pacientes fue de 54 ± 18 años. La etiología más frecuente fue la biliar. Del total de los pacientes, 23 presentaron PA severa (55%) según los criterios de Atlanta. Se realizó regresión logística de los datos encontrando que la SVC por debajo del 70% al ingreso es predictora de severidad, con sensibilidad del 82,6%, especificidad del 89,4%, valor predictivo positivo del 90% y valor predictivo negativo del 80% ($p=0,010503$) (fig. 1).

Conclusiones: La SVC de ingreso es una opción simple, accesible, y rápida, con sensibilidad y especificidad mayor que el Ranson al ingreso, Balthazar, SOFA y Glasgow, y comparable con APACHE II.

Figura 1 Curva ROC comparativa de escalas predictoras.



APACHE II: *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*; SOFA: *Sequential Organ Failure Assessment score*; SVC: saturación venosa central.

ID 107

Resección de quiste de colédoco y duodenohepato anastomosis vía laparoscópica

Ana Karina Cano-Esparza, Pedro Salvador Jiménez-Urueta y José de Jesús Gutiérrez-Escobedo. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. karycano28@hotmail.com

Antecedentes: El quiste de colédoco es una malformación congénita de la vía biliar que se presenta con una frecuencia de un caso por cada 100.000 a 150.000 nacidos vivos. Dr. Todani en 1981 publica sobre hepaticoduodenoanastomosis (HDA) en quiste de colédoco y comenta textualmente al inicio de su reporte, que la colangitis ascendente que se la acusa a la HDA es al parecer "exageradamente injusta". Presentamos la experiencia en HDA.

Objetivo: Demostrar los beneficios del abordaje de mínima invasión para la reconstrucción bilioentérica, en pacientes con quiste de colédoco.

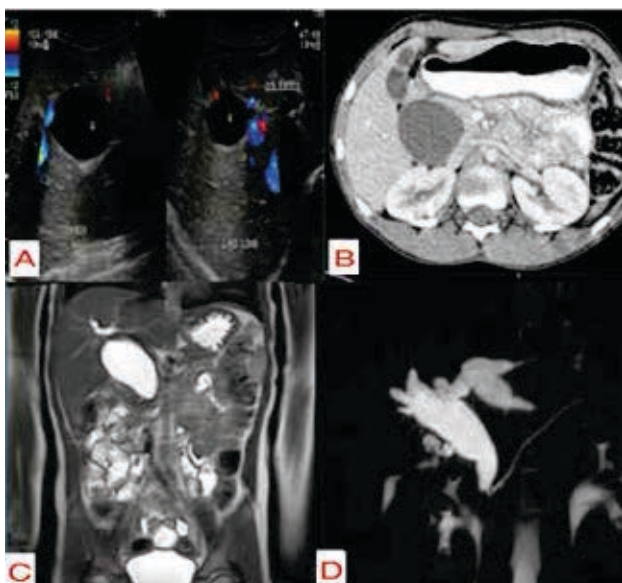
Materiales y métodos: Un estudio de serie de casos, con seguimiento prospectivo realizado en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" desde enero del 2010 hasta octubre del 2012. Operados de quiste de colédoco con HDA.

Se estudiaron tiempo quirúrgico, tiempo de ayuno, tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones trans y postoperatorias.

Resultados: Durante enero del 2010 a octubre del 2012 se diagnosticaron 8 pacientes con Quiste de colédoco; con edad comprendida entre los 3 a los 17 años con un promedio de 8 años; 2 varones y 6 mujeres; el dolor abdominal fue el síntoma principal en los 8 pacientes. El tiempo quirúrgico varió de 150 a 330 minutos con un promedio de 250 minutos. Durante el seguimiento de 2 años hasta ahora no tenemos casos de colangitis.

Conclusiones: El abordaje por mínima invasión para la reconstrucción bilioentérica es mucho más fácil hacia duodeno, sólo requiere de una anastomosis, a diferencia de la reconstrucción yeyunal que implica una movilización de yeyuno a través del colon y reconstrucción asistida por vía umbilical, La HDA requiere además mayor tiempo quirúrgico y anestésico.

Figura 1 A) Ultrasonido demuestra imagen hipocóica. B) TAC abdominal con imagen hipodensa en colédoco, C) y D) colangiorresonancia contrastada: dilatación quística del colédoco.



ID 108

Enfermedad diverticular complicada en pacientes con cirugía no electiva

José Arturo Sánchez-Domínguez, Rogelio González-López, Álvaro José Montiel-Jarquín, Omar Espinosa-González, Eugenio García-Cano, Zabdi Keyla Márquez-García y Ana Lilia Pacheco-Carrillo. Hospital General de Zona N° 98. Puebla, Pue., México. dr_arturo_sanchez@hotmail.com

Introducción: La enfermedad diverticular es la protrusión de la mucosa y submucosa a través de la pared intestinal, se puede presentar en su forma complicada como perforación, estenosis, obstrucción, hemorragia y fístulas sólo en 10%-25% de los casos con mortalidad reportada desde 10% a 50% de los casos dependiente de factores de mal pronóstico como la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, deficiencias inmunitarias, consumo de AINES, tabaquismo y obesidad.

Objetivo: Describir los factores de mal de los pacientes sometidos a cirugía mayor no electiva con enfermedad diverticular complicada.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, prolectivo, homodémico y transversal. Estudio llevado a cabo en el Servicio de Cirugía del Hospital de Especialidades Puebla, entre febrero 2010 a marzo 2012 en pacientes sometidos a cirugía no electiva por enfermedad diverticular complicada. Estudiando variables como edad, género, tipo de complicación presentada, intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas, momento de cirugía, presencia de enfermedades crónicas, número y tipo de cirugía realizada y mortalidad asociada con estas variables.

Resultados: Sesenta pacientes, 28 hombres y 32 mujeres con enfermedad diverticular complicada, edad promedio 60,13 años; la complicación más frecuente fue perforación (60%) y sangrado (40%), 93% tuvieron enfermedades crónico-degenerativas, de esos la hipertensión arterial sistémica (80,43%), DM-2 (39,13%), tabaquismo (28,2%), consumo de AINES (43,47), la mortalidad fue del 10% asociándose a la edad, lugar de atención primaria, tipo de cirugía realizada, número de cirugías, tiempo en que recibieron tratamiento quirúrgico, manejo en uci, presencia de comorbilidades ($p=0,0001$), considerándose como factores de mal pronóstico.

Conclusiones: Las complicaciones se presentan en mayor número en pacientes con enfermedad diverticular complicada que presentaron patologías crónico-degenerativas asociadas, así como los que presentaron retraso en el inicio del tratamiento quirúrgico, lo cual aumenta la estancia en terapia, el número de cirugía, la morbilidad y la mortalidad.

ID 117

Caracterización de la expresión de IL-35 (IL-12p35-EBI3) en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática

Gabriela Fonseca-Camarillo, Janette Furuzawa-Carballeda y Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. gabrielafter@gmail.com

Antecedentes: La IL-35 posee un potencial papel inmunorregulador, ya que induce la expresión de células T reguladoras (Treg) Foxp3+CD25+ y suprime la respuesta proinflamatoria mediada por linfocitos Th17. No existen estudios previos en la literatura que evalúen el nivel de expresión génica y proteica de IL-35 en pacientes con CUCI. El objetivo del presente trabajo fue caracteriza la

expresión génica y proteica de IL-35 en mucosa de pacientes con CUCI.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles que incluyó 40 pacientes con CUCI y 20 controles sin datos de inflamación intestinal a nivel histológico. A partir de tejido intestinal se extrajo el RNA total y se realizó la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para cuantificar la expresión relativa del RNA mensajero de IL-35. La detección de la proteína en tejido se realizó mediante inmunohistoquímica. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 17.

Resultados: La expresión relativa del RNA mensajero de IL-35 fue mayor en mucosa rectal de pacientes con CUCI activo, en comparación con controles sanos. El análisis inmunohistoquímico mostró incremento en la producción de IL-35 en pacientes con CUCI.

Conclusiones: La expresión génica y proteica de IL-35 a nivel de mucosa está aumentada en pacientes con CUCI activo y remisión. Estos resultados sugieren que el intestino sea un posible objetivo fisiológico de esta citocina para atenuar el proceso inflamatorio en los pacientes con CUCI. La IL-35 parece estar involucrada en la fisiopatología del proceso inflamatorio de la CUCI y podría ser considerada como blanco terapéutico.

ID 119

Frecuencia del síndrome de intestino irritable en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana

Christopher Barrera-Hoffmann, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche. Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver., México. cbarrera@uv.mx

Antecedentes: El síndrome de intestino irritable (SII) es una entidad clínica con elevada frecuencia en la población mundial en edad productiva (9%-22%) con predominio del género femenino, el cual ocasiona deterioro de la calidad de vida y elevado ausentismo laboral. En nuestro país se estima una frecuencia de 16% a 35% en la población general, y constituye una de las principales causas de consulta a nivel del médico de primer contacto y del gastroenterólogo. En Veracruz existen 2 trabajos realizados en población abierta y en población consultante en las instituciones de salud con resultados semejantes, por lo que se consideró importante determinar la frecuencia del SII en un grupo de estudiantes del nivel superior de esta ciudad.

Objetivo: Determinar la frecuencia del SII en la población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana de la región Veracruz-Boca del Río.

Materiales y métodos: Tipo de estudio: cualitativo, no experimental, transversal y descriptivo. Universo de estudio: El tamaño de la muestra se calculó en base a la matrícula (740 alumnos) y estimándose un 20% con SII. Encuesta empleada: Cuestionario validado modular de Roma III para SII, detección de síntomas de alarma, relación de síntomas con ingesta de alimentos y estado de salud. Criterios de inclusión: Alumnos que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. Análisis estadístico: Los resultados fueron evaluados con cálculo de frecuencias absolutas y porcentuales para las variables.

Resultados: Se encuestaron 185 estudiantes de los cuales el 48,64% eran hombres y el 51,36% mujeres, con una edad promedio de 21,43 años (18-29). De ellos el 24,32% cumplieron los criterios de Roma III para SII, siendo el 62,22% del género femenino y 37,78% masculino, con edad promedio 22,11 años y predominando en los que cursan el décimo semestre de la carrera (57,78%); el 95,55% son solteros y el 4,45% además de estudiar trabaja para su sustento. El subtipo clínico predominante fue el mixto (62,22%), diarreico (26,67%) y estreñimiento (6,67%) y no clasificable (4,44%). El 62,22% se asociaron a

dispepsia, 51,11% refirieron pirosis y 26,67% regurgitaciones. Los síntomas se relacionaron a ingesta de picante y condimentos en el 53,33%, a lácteos en el 51,11%, a café en 46,67% y a bebidas carbonatadas en 44,45%. Los alumnos consideraron que su estado de salud era bueno en el 40%, regular 51,11%, y malo en el 8,89%, a diferencia de los alumnos que no presentaban SII quienes consideraron que su estado de salud era bueno en 81,73% y regular en 38,27%.

Conclusiones: Los resultados confirman la elevada frecuencia del SII en población joven, del género femenino, comparable a lo publicado por otros autores. En nuestra serie pudimos apreciar que el grupo subclínico más frecuente es el mixto y su elevada asociación con manifestaciones del aparato digestivo superior, así como se relaciona con alimentos irritantes, lácteos o condimentos. Llama la atención también la afectación al estado de salud de los estudiantes, que seguramente afecta su desempeño académico.

ID 120

Comportamiento epidemiológico y factores de riesgo del cáncer colorrectal

Karla Nayelli Salgado-Franyutti, Ángela Ochoa-Zárate, Federico Roesch-Dietlen, Mario González-Santés, Roberto Pérez-Díaz, Fernando Tenorio-Villalbaz, Miguel Alberto Villareal-Zaubos, Susana Aldana-Franco, Carmen Sofía Silva-Cañetas y José María Remes-Troche. Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver., México. ksalgado@uv.mx

Antecedentes: El cáncer colorrectal es una de las principales causas de mortalidad por neoplasias malignas a nivel mundial, en México ocupa el 5° lugar en varones y el 8° en mujeres; en las últimas décadas se ha observado un incremento ocupando el primer lugar como causa de cáncer en el aparato digestivo. En su etiología se ha demostrado una predisposición genética y se relaciona con factores ambientales y la existencia de lesiones que afectan la mucosa colónica. En Veracruz no existe un estudio que analice su comportamiento epidemiológico ni evalúe los factores de riesgo, por lo que consideramos de importancia realizar el presente trabajo.

Objetivo: Determinar el comportamiento epidemiológico y los factores de riesgo del cáncer colorrectal en la ciudad de Veracruz.

Materiales y métodos: Tipo de estudio: retrospectivo, descriptivo y observacional. Universo de estudio: 298 pacientes con cáncer colorrectal durante el periodo comprendido de enero de 2008 a diciembre de 2012 en las Instituciones de Salud de la Ciudad de Veracruz. Variables analizadas: género, edad, peso, talla IMC, antecedentes hereditarios de cáncer, factores de riesgo (dieta, consumo de alcoholismo, tabaquismo, presencia de adenomas o enfermedad inflamatoria intestinal), tipo histológico y localización anatómica. Análisis estadístico: Los resultados fueron evaluados con medidas de frecuencia relativas y centrales, para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se encontraron 298 casos, ocupando el 2° lugar después del cáncer gástrico, con promedio anual de 60 casos, la edad fue de $67,30 \pm 9,87$ (41-87 años) con predominio del género masculino 54,6%, e IMC $24,87 \pm 2,80$ Kg/m². El 54,69% presentaban antecedentes hereditarios de cáncer, en el 28,86% se detectaron pólipos adenomatosos, en el 3,69% enfermedad inflamatoria intestinal, el 1,34% tenía cáncer colorrectal previo. El 29,86% refirió bajo consumo de fibra y el 29,86% tabaquismo. La localización más frecuente fue el rectosigmoides (55,36%), seguida del descendente (18,46%), el ciego (15,44%) y ascendente (10,74%). El 97,99% fueron tumores únicos y la variedad histológica fue adenocarcinoma en el 100%, clasificado como bien y medianamente diferenciados en el 90,80%.

Conclusiones: En nuestro medio el cáncer colorrectal ocupó el 2° lugar como causa de cáncer del aparato digestivo, con predominio

en la 7° y 8° décadas de la vida y mayor frecuencia en el género masculino. En los 5 años estudiados no apreciamos un incremento como lo reportan otros autores. Se pudo identificar la existencia de un elevado porcentaje de casos con antecedentes hereditarios de neoplasias y lesiones en la mucosa, lo cual obliga a considerar la realización de colonoscopia en pacientes con riesgo o con sintomatología colónica a partir de los 50 años. Asimismo, es importante promover el incremento de la ingesta de fibra en la dieta.

ID 122

Hepatitis por rotavirus humano

Roberto Calva-Rodríguez, María Eugenia Rivera-Domínguez, Daniel Calva-Cerqueira y Johns Hopkins. Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Hospital Betania. Puebla, Pue., México. rcalva@gmail.com

Introducción: El rotavirus ha sido identificado como un patógeno para el ser humano desde que se identificó en 1973. La infección por rotavirus ha sido asociada como causa de muchos cuadros de diarrea infecciosa en los niños en todo el mundo, los prodromos incluyen rinorrea, tos productiva, diarrea, vómito y fiebre. El rotavirus ha sido asociado a meningitis aséptica, enterocolitis necrotizante, miositis aguda, abscesos hepáticos, neumonía viral, enfermedad de Kawasaki, síndrome de muerte súbita y enfermedad inflamatoria intestinal. En el 2001, McMaster reportó el primer caso de rotavirus asociado a pacientes inmunocomprometidos. En el 2005 Ventura describió el segundo caso de un niño inmunocomprometido que desarrolló hepatitis. Reportamos el 3° caso de un niño que desarrolló hepatitis como consecuencia de la infección por rotavirus y proponemos una teoría de su patogénesis.

Objetivo: Comunicar el caso de un niño que desarrolló hepatitis como consecuencia de la infección por rotavirus.

Caso clínico: Niño de 3 meses de edad, quien presentó vómito y diarrea con severa deshidratación. EF: temperatura de 38,5°C, taquicárdico y taquiperico, ictericia, hepatomegalia y esplenomegalia, con distensión abdominal. Peso de 3,4 Kg. Talla de 54 cm. En el examen de laboratorio, mostraba normal el panel metabólico neonatal, y el de la hepatitis A, B y C fueron negativos. Análisis de sangre y heces fueron positivos para el rotavirus, pero negativa para el adenovirus, salmonella, shigella y campylobacter. Los leucocitos de 15,000 cel/mm, y eosinófilos fue de 7%, con un desplazamiento a la izquierda. Bilirrubina Total 6,4 mg/dL, bilirrubina directa 4,77 mg/dL, ALT 247 U/L, AST 193 U/L, y GGT 304 U/L. Ecografía hepática hepatomegalia con un carácter homogéneo, pared vesicular normal, no líquido, el conducto biliar común fue normal en 1 mm de diámetro máximo y normal; los conductos hepáticos, intra y extra normales. Producto de la G1P1, peso 2,3 g, talla de 47 cm. Desde su nacimiento cursa con colitis alérgica a las proteínas de la leche de vaca y de la soya; condición bien controlada con extenso hidrolizado de proteínas. Nadie en la familia sufre esta condición. Ninguna vacuna se le ha administrado. Se descartaron otros virus comunes que causan hepatitis, así como causas metabólicas congénitas. Dos meses después del ataque viral, esta asintomático y su análisis de la función hepática se han normalizado. A los 3 años de edad, se mantiene asintomático.

Discusión: La infección por rotavirus es una enfermedad grave, especialmente en los primeros meses de vida, la infección es rara en el primer mes de vida, y más aún cuando el bebé está siendo amamantado. De la revisión de la literatura sólo hay 2 casos de hepatitis aguda asociada con el rotavirus humano, en pacientes inmunocompetentes, uno de los casos en Australia, y el segundo en Italia. Se presenta el 3° caso en un niño inmunocompetente que se presenta en México. Tradicionalmente, la secuencia patológica de la infección se ha considerado que se presenta en el borde en cepillo de los enterocitos. Otra hipótesis es que el rotavirus infecta a

otros órganos por conexión o adherirse a las proteínas celulares que tienen homología con las de los errocitos.

Conclusión: Caso clínico poco frecuente. Se tiene la hipótesis de que el rotavirus tuvo una forma más agresiva debido a un acceso más fácil al sistema hepático desde el frágil estado secundario de la colitis alérgica y la falta del efecto protector de la leche materna. Además, el bebé no tiene la inmunidad, ya que no había recibido la vacuna contra el rotavirus.

ID 124

Pancreatitis aguda secundaria a hipercalcemia como manifestación inicial de adenoma paratiroideo

Aranzazú Briseño-Rodríguez, Xochitl García-Samper, Oscar Rivas-Contreras, Sergio Morales-Polanco, Raquel Benítez-Gutiérrez, Jessica Sánchez-Briones y René Cuecuecha-Tizapán. HR ISSSTE "Lic. Adolfo López Mateos". México, D.F. aranzazub@yahoo.com

Introducción: La hipercalcemia puede ser la manifestación de una enfermedad grave, como una neoplasia maligna, o bien descubrirse casualmente al realizar pruebas de laboratorio a un paciente sin ninguna enfermedad evidente. Las causas de hipercalcemia son numerosas, pero el hiperparatiroidismo y el cáncer representan 90% de los casos. La hipercalcemia como etiología de pancreatitis aguda es rara, y de hecho, se considera la posibilidad de factores asociados dada la baja incidencia de pancreatitis en pacientes con hipercalcemia crónica.

Caso clínico: Femenino de 61 años con antecedentes de hábitos higiénico-dietéticos con ingesta alta de grasas, HAS en tratamiento con metoprolol y amlodipino, alergia a penicilina, etilismo negativo. Inicia con dolor abdominal opresivo en epigastrio, de intensidad 10/10, sin síntomas asociados, ni desencadenante identificado, niega colecistoquinéticos, posteriormente vómito de contenido alimentario, posteriormente gastrobiliar. Ingreso a urgencias documentando amilasa 2.768, lipasa 1.226, Hb 13,9 g/dL, hematocrito 41,8%, leucocitos 13,6 x10⁹ células/litro, neutrófilos 88%, plaquetas 195.000, DHL 213, TGO 14, TGP 14, albúmina 3,0 g/dL, creatinina sérica 1,3 mg/dL, calcio 11,9 mg/dL (corregido por albúmina, 12,7), TAC con imagen sugestiva de pancreatitis Baltazar C, por lo que se consideró pancreatitis aguda, secundaria a hipercalcemia a descartar adenoma paratiroideo. Se interconsulta a endocrinología, quien apoya la probabilidad de adenoma paratiroideo. Curso con evolución tórpida, deterioro clínico y laboratorial con DHL 714 U/L, VSG 32 mm/h, PCR 30 mg/dL, glucosa 39 mg/dL, hematocrito 30,1%, creatinina sérica 1,5 mg/dL, parathormona 200 pg/mL, calcio ionico 0,25 nmol/L, calcitonina 4,22 pg/mL, se realiza nueva tomografía identificando Balatazar E, con necrosis pancreática del 60% aproximadamente motivo de ingreso a unidad de cuidados intensivos, donde persistió con niveles elevados de amilasa y lipasa por lo cual se manejó con NPT. Se realizó resonancia magnética y medicina nuclear que apoyan probable adenoma paratiroideo. Fue valorada por Oncología Quirúrgica para resección, realizándose paratiroidectomía derecha. Histopatológico #Q-2369-13 reporta adenoma paratiroideo de 3,2 x 1,5 x 0,8cm de células principales, sin permeación vascular ni invasión cápsular. Presenta crisis tiroidea posquirúrgico, acidosis metabólica, congestión pulmonar, por lo que reingresa a unidad de terapia intensiva. Se documentó disminución de calcio sérico a 8,46 mg/dL.

Discusión: La pancreatitis aguda puede ser manifestación de hipercalcemia hasta entonces sintomática. El adenoma paratiroideo que condiciona hiperparatiroidismo primario e hipercalcemia secundaria debe ser considerado como diagnóstico diferencial en estos casos.

Conclusión: La hipercalcemia como etiología de la pancreatitis aguda es baja, documentándose en <2% en algunas series. El

hiperparatiroidismo es una enfermedad quirúrgicamente curable, y en pacientes sintomáticos, como en el caso expuesto manifestado por pancreatitis, se deberá decidir el tratamiento quirúrgico.

ID 129

Efectividad comparativa de sifos-selenio-metionina-ácido Alfa lipoico más metformina en pacientes con intolerancia a los carbohidratos y enfermedad hepática grasa no alcohólica

Leonardo Alberto Martínez-Rodríguez, Yussef Mendoza-Gaona, Rosa María Muñoz-Fuentes y Aldo Torre-Delgado. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. dr_Leo10@hotmail.com

Antecedentes: El hígado graso no alcohólico (NAFLD), se ha convertido en un importante problema de salud pública en nuestro país, la evolución ha sido progresiva pudiendo llegar a tener un impacto grave a nivel de nuestro sistema de salud. Se han descrito trastornos en el metabolismo de la metionina y cofactores como promotores del desarrollo de la esteatohepatitis.

Objetivo: Determinar la seguridad y efectividad de selenio-metionina-ácido alfa lipoico en pacientes con enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHNA) sobre los cambios en ecosonografía y parámetros bioquímicos hepáticos y perfiles de inflamación y lipoperoxidación.

Materiales y métodos: Cuarenta pacientes con hígado graso no alcohólico e intolerancia a los carbohidratos entre 19 y 60 años fueron asignados al azar en 2 grupos. En el grupo experimental el tratamiento incluyó selenio (15mcg)-metionina (3 mg)-ácido lipoico (200 mg), metformina 1.500 mg al día añadido a consejo nutricional y ejercicio. Los pacientes en el grupo convencional recibieron metformina 1.500 mg al día añadido a consejo nutricional y ejercicio. Ambos por 24 semanas. Se tomaron determinaciones basales y finales de ecosonografía, aminotransferasas, GGT, ferritina, glucosa, malondealdehído, leptina y adiponectina. Los datos se expresaron en frecuencias y porcentajes para variables categóricas y para continuas medianas y percentiles, se utilizó pruebas de ji cuadrada o exacta de Fisher para variables categóricas y U de Mann Whitney-Wilcoxon para continuas. Se usó paquete estadístico SPSS® versión 20.

Resultados: Los grupos de tratamiento fueron homogéneos. Todos completaron el estudio. Pacientes aleatorizados al grupo de selenio-metionina-ácido alfa lipoico, tuvieron disminución significativa del grado de esteatosis por ultrasonografía ($p < 0,001$) y mostraron menores niveles de enzimas hepáticas que el grupo control pero sin significación estadística ($p = 0,18$). Las citocinas inflamatorias y la reducción de estado antioxidante observado en los pacientes con NAFLD mostraron notable mejoría con esta terapia ($p < 0,05$). La adiponectina aumentada de manera significativa en ambos grupos cambió favorablemente con la terapia activa. No se reportaron reacciones adversas graves.

Conclusiones: Este es el primer estudio que evalúa sistemáticamente el empleo de selenio metionina y ácido alfa lipoico en pacientes con NAFLD y el subgrupo de pacientes con ICHOS donde los beneficios de la metformina no pueden ser menospreciados. El tratamiento durante 6 meses puede proteger contra el deterioro valorado por esteatosis y mejorar el perfil inflamatorio en estos pacientes. Estos resultados justifican una mayor investigación.

ID 139

Evaluación de la eficacia del esquema capecitabine + oxaliplatino como quimioterapia de conversión para metástasis hepáticas en pacientes con adenocarcinoma colorrectal

Gabriela Sánchez-Córdova, Álvaro Abascal-Arias, Álvaro Montiel-Jarquín, Fernando Silva-Bravo, Eduardo Gómez-Conde, Eugenio García-Cano, Omar Espinosa-González y Zabdi Keyla Marquez-García. Hospital General de Zona 197. Texcoco, Edo. Méx., México. sancor81@gmail.com

Introducción: El CCR es la enfermedad maligna más frecuente en el tubo digestivo, 60% que se sometieron a cirugía curativa desarrollan recidiva local, regional o distante. El hígado sitio más común de metástasis a distancia, 50% en última instancia desarrollara metástasis en el transcurso de su enfermedad. La cirugía es la única terapia que ofrece la posibilidad de curación, sólo el 25% de los pacientes son reseccables. La QT es el tratamiento de elección, haciéndolas pasar de una forma irresecable a uno reseccable (terapia de conversión, TC).

Objetivo: Evaluar la eficacia del esquema capecitabine + oxaliplatino (CapOx) como quimioterapia de conversión para metástasis hepáticas colorrectales (CCm).

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrolectivo, retrospectivo, unicéntrico, realizada en el Hospital de Especialidades, CMN MAC IMSS, de octubre 2009 a septiembre 2012, 12 pacientes con CCm hepáticas irresecables, ambos sexos, <70 años, ECOG \leq 1, sin TC previo. Estudio de imagen previo y posterior a la TC para valorar la resección quirúrgica. Análisis estadístico: prueba de signo de Wilcoxon.

Resultados: En los 12 pacientes, no existieron cambios significativos en el número de lesiones, segmentos afectados o tamaño de las lesiones. Intervención quirúrgica solamente en 33% (4), con límites quirúrgicos negativos. Un paciente con aparente respuesta en imagen, durante la intervención con múltiples metástasis. Tres presentaron progresión del tamaño. Un paciente presentó progresión con múltiples metástasis pulmonares. Toxicidad en 3 pacientes por lo que fue suspendido la QT.

Conclusiones: No existe diferencia estadísticamente significativa con el esquema CapOx como terapia de conversión, sin embargo el porcentaje en quienes si se realizó una resección con márgenes libres de enfermedad, es similar a lo que se reporta en la literatura. Este tipo de esquemas se encuentran ya adicionados con agentes blanco, los cuales aumentan las tasas de resección y son las indicadas en grupos de alto riesgo, tal y como fue conformado por nuestro grupo de estudio.

ID 140

Nuevo modelo de preparación para estudio capsuloendoscópico con peg +ácido ascórbico como único agente de preparación y refuerzo

Victoria Alejandra Jiménez-García, Federico Argüelles-Arias, Javier Romero-Vázquez, Francisco Pellicer-Bautista, Ángel Caunedo-Álvarez y Juan Manuel Herreras-Gutiérrez. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España. drajimenezg@hotmail.com

Introducción: Existen tasas discordantes en el grado de limpieza y tasa de excreción con los protocolos actuales de preparación

para el estudio con cápsula endoscópica de colon (CCE), sin conocer aún el régimen ideal.

Objetivos: Evaluar el grado de limpieza colónica y tasa de excreción de la CCE de segunda generación (PillCam® Colon 2) utilizando como régimen de preparación y refuerzo polietilenglicol (PEG) + ácido ascórbico.

Material y métodos: Estudio prospectivo y unicéntrico de pacientes que tenían indicación para estudio colónico mediante CCE (PillCam® Colon 2). El protocolo de preparación consistió en la administración de 1 L de solución PEG + ácido ascórbico entre las 19 y las 21 horas del día -1. El día de la prueba los pacientes ingirieron otro litro de PEG + ascórbico entre las 07:00 y las 08:00 horas, y a partir de entonces ayuno hasta la ingestión de la cápsula a las 09:00 horas. Posteriormente, los refuerzos se indicaron en los horarios habituales con 0,5 L de PEG + ácido ascórbico. Los parámetros analizados fueron: limpieza colónica global y por tramos mediante la escala de Leighton, porcentaje de exploraciones completas, tiempos de tránsito colónico (TTC) y excreción de la cápsula.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes (14M/11H; 49,24 ± 13,18 años). Las indicaciones para realizar el estudio con CEC fueron: cribado de CCR 17/25 (68%), control/sospecha enfermedad inflamatoria intestinal 4/25 (16%), control de enfermedad celíaca 1/25 (4%), hemorragia digestiva de origen oscuro 1/25 (4%), anemia crónica 1/25 (4%) y diarrea crónica 1/25 (4%). La limpieza colónica global fue excelente-Buena en 18/25 casos (72%). El tiempo total de las exploraciones fue de 413,37 ± 199,08 min y el TTC fue de 187,36 ± 153,73 min. En total, se excretaron durante la vida de la batería 20/25 CEC (80%) y en el resto de las cápsulas que no se excretaron durante la vida de la batería la última imagen que se observó correspondía al recto.

Conclusiones: El régimen propuesto con PEG + ácido ascórbico como único agente de preparación y refuerzo es adecuado y seguro en términos de propulsión, puesto que se excretan la mayoría de las CCE y se logran con ello exploraciones completas, sin embargo este régimen de preparación podría modificarse en estudios posteriores para obtener aún mejores tasas de limpieza.

ID 142

Efectividad del té de hojas de guayabo (*Psidium guajava* L) en la mejoría clínica de pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable

Anaisa Genoveva Flores-Ramírez, Cristina Madera-Cosío, Carmen Lilia Tostado-Ramos, Irma González-Curiel y Eduardo Martínez-Caldera. Hospital General de Zacatecas Zona N° 1, IMSS. Zacatecas, Zac., México. anaisa_390@hotmail.com

Antecedentes: el síndrome de intestino irritable (SII) se caracteriza por la presencia de síntomas gastrointestinales recurrentes junto con alteraciones en el hábito deposicional. Siendo uno de los trastornos funcionales digestivos más comunes y sobre todo de alta prevalencia, va del 10% al 20% de la población general. En México, el té de hojas de guayabo, como remedio tradicional ha sido ampliamente usado en padecimientos gastrointestinales y varios estudios han demostrado que tiene propiedades antibacterianas, antioxidante y sobre la motilidad intestinal.

Objetivo: Evaluar la efectividad del té de hojas de guayabo (*Psidium guajava* L) en la mejoría clínica de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable referidos de la Consulta Externa de Gastroenterología del HGZ N° 1.

Materiales y métodos: Estudio cuasiexperimental, efectuado a 31 pacientes con diagnóstico clínico de SII (Criterios de Roma III), de

ambos sexos, ambulatorios, mayores de 18 años, sin tratamiento farmacológico para el SII, derechohabientes del IMSS, no alérgicos al té de hojas de guayabo, y que mediante carta de consentimiento informado aceptaron participar en el estudio y seleccionados no probabilísticamente de marzo a mayo de 2013; se identificaron características socio-demográficas, características antropométricas, severidad del cuadro clínico y efectividad del tratamiento empleado mediante la administración de té de hojas de guayabo diario, 3 veces al día, durante un mes. Análisis en SPSS® 15®, estadística descriptiva e inferencial, esta última con ANOVA y *t* de Student, NC 95% y $p < 0,05$.

Resultados: Ingresaron al estudio 31 pacientes. Cuatro de ellos (12,9%) no terminaron el estudio por abandono del mismo. El 81% de la población estudiada fue del sexo femenino, dominando el grupo de edad de 40-49 años (41%). Antes del tratamiento toda la población presentaba distensión y dolor en sus diferentes grados, y al final del tratamiento el 48% ya no presentó distensión y el 56% sin dolor. En cuanto a la medición de la circunferencia abdominal el grupo de estudio mostró después de 30 días postratamiento una reducción estadísticamente significativa, obteniendo un valor de $p < 0,0001$. Inicialmente el 41% presentó estreñimiento y el 22% diarrea y al finalizar el tratamiento el 67% mostró evacuaciones normales. En el diagnóstico final el 96% tuvo mejoría de sus síntomas.

Conclusiones: El empleo de tratamientos alternativos de tipo herbolarios como lo es la administración del té de hojas de guayabo en pacientes con diagnóstico de SII es efectivo.

ID 143

Esófago en martillo neumático. Reporte de un caso

Eira Cerda-Reyes, José Isidro Minero-Alfaro. Hospital Central Militar. México, D.F. arieirace@yahoo.com.mx

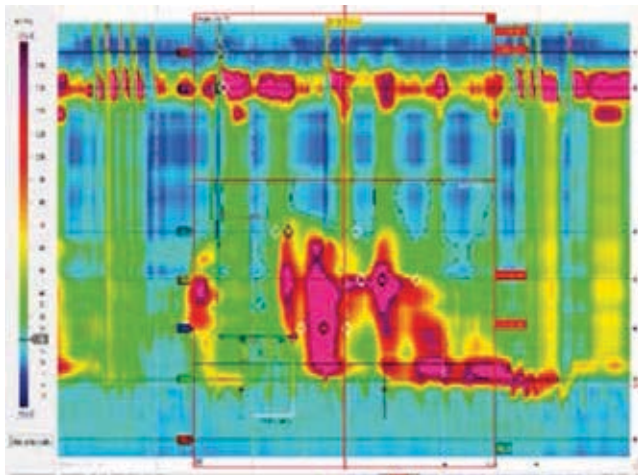
Antecedentes: Los trastornos de la motilidad esofágica abarcan los trastornos hipertensivos y una de éstos es el martillo neumático. Por lo que se realizó una revisión del tema y la presentación de un caso clínico.

Caso clínico: Masculino de la 9ª década de la vida, hipertenso, con hipotiroidismo y portador de un *stent* en la coronaria derecha y cardiopatía isquémica quien ingresó por cuadro de angina y disfagia a sólidos con los siguientes estudios de laboratorio y gabinete: leucocitos 4.900, hemoglobina 14 g/dL, plaquetas 196.000, neutrófilos 3.100, TP 14,9 segundos TTP 31,6 segundos, INR 1,08 glucosa, 108 mg/dL, urea 27,8 mg/dL, BUN 13 mg/dL, Cr 0,97 mg/dL, BT 0,57 g/dL, BD 0,15 mg/dL, BI 0,42 mg/dL, ALT 13 U/L, AST 20 U/L, sodio 140 mmol/L, cloro 107 mmol/L, potasio 4,8 mmol/L, CK MB < 01,00, mioglobina 71,7 ng/mL, troponina I < 0,5 mg/mL, péptido natriurético tipo B 46,9 pg/mL y dímero D 924 ng/mL. Se realizó gammagrama cardíaco MIBI con dipiridamol, reportándose cambios en la cara inferior sin cambios en resto de tejido cardíaco. Durante su estancia hospitalaria curso hemodinamicamente estable, afebril sin dolor tipo anginoso y se realizó estudio de gammagrama cardíaco con estrés farmacológico MIBI dipiridamol en el cual se observó defecto de perfusión fijo de la pared inferior sin áreas de isquemia en el resto de tejido miocárdico. Y para el abordaje de dolor y disfagia a sólidos se realizó manometría esofágica de alta resolución diagnosticándose esófago en martillo neumático. El paciente fue egresado con antiagregantes plaquetarios, antihipertensivos, inhibidores H2, así como sildenafil 1 mg vía oral cada 4 días. Corroborándose buena respuesta clínica sin disfagia y sin datos de dolor anginoso, con seguimiento en la Consulta Externa de Gastroenterología 2 semanas después de su egreso,

sin datos de disfagia y la última cita de control a los 9 meses sin cambios.

Discusión y conclusiones: Uno de los trastornos hipertensivos esofágicos es el martillo neumático, trastorno que se diagnostica con los Criterios de Chicago con manometría de alta resolución con presurización, donde se presentó una contracción integral distal más de 8.000 mmHg/cm/s, con lo que se realizó el diagnóstico, de la misma manera se descartaron otras causas cardiológicas de dolor por lo que se inició tratamiento con inhibidores de 5-fosfodiesterasas, cuyo mecanismo de acción es relajar el músculo liso y el esfínter esofágico inferior con buena respuesta clínica. El paciente actualmente no ha presentado cuadro clínico de disfagia o dolor torácico.

Figura 1 Manometría esofágica de alta resolución donde se observa contracción integral distal mayor de 8.000 mmHg/cm/s.



ID 144

Poliquistosis hepática y ocreoide LAR. Una herramienta terapéutica viable

Fabiola Maely González-Ortiz, Tomás Cortés-Espinosa. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. dramaelygonzalez@gmail.com

Antecedentes: La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es una enfermedad monogénica multisistémica, que se caracteriza predominantemente por la presencia de múltiples quistes renales bilaterales, así como por manifestaciones extrarrenales (quistes en otros órganos, anomalías vasculares, cardíacas, digestivas y músculoesqueléticas), que se desarrollan en grado variable. La enfermedad poliquística hepática (EPQH) es la manifestación extrarrenal más frecuente. Al igual que la PQRAD, la EPQH es genéticamente heterogénea, con 2 genes identificados; PRKCSH en el cromosoma 19 y Sec63 en el cromosoma 6. La mayoría de los quistes hepáticos deriva de una proliferación excesiva de los ductos biliares, perdiendo luego la conexión con el conducto de origen.

Objetivo: Informar un caso clínico exitoso de paciente con poliquistosis hepática y renal tratada con un análogo de somatostatina.

Materiales y métodos: Femenino 41 años de edad con antecedente familiar en 2 hermanos de poliquistosis renal. Diagnóstico de poliquistosis hepática y renal hace 5 años, con seguimiento de función hepática y renal. Hace 6 meses inicia con náusea, emesis de

contenido gastroalimentario, plenitud posprandial inmediata y distensión abdominal que ocasiona disminución de la ingesta alimentaria con pérdida de 8 Kg. Posteriormente desarrolla edema blando de extremidades inferiores. A la exploración abdominal con hepatomegalia que ocupa todo el hemiabdomen superior. A su ingreso albúmina sérica 2,0 g/dL, fosfatasa alcalina 396 U/L, ALT 38 U/L, AST 36 U/L, bilirrubina total 2,49 mg/dL a expensas de bilirrubina directa 2,13 mg/dL.

Resultados: Dado que paciente no era candidata a trasplante hepático ni resección hepática y ante persistencia de intolerancia a la vía oral por compresión hepática se inicia tratamiento con Ocreotide LAR intramuscular profundo cada 28 días. A 6 meses de tratamiento presenta aumento de peso, con tolerancia total a la alimentación e hígado a 6-6-6 cm por debajo de líneas convencionales y reducción del volumen de quistes por TAC.

Conclusiones: A pesar de que la EPQH es generalmente asintomática, algunos pacientes suelen experimentar complicaciones agudas o crónicas. Las complicaciones agudas más frecuentes de la EPQH incluyen infección y hemorragia intraquistica. Las complicaciones crónicas se deben generalmente a un agrandamiento masivo del hígado o a un efecto de masa; los síntomas más frecuentes debidos al efecto de masa incluyen disnea, saciedad precoz, reflujo gastroesofágico y dolor lumbar mecánico. Al día de hoy no existe una terapia médica eficaz para la poliquistosis hepática, considerándose tratamientos paliativos la punción quística con escleroterapia, la fenestración o la hepatectomía parcial. El trasplante ortotópico de hígado (TOH) es el tratamiento de elección para la poliquistosis hepática terminal. La somatostatina actúa sobre los receptores SST2 e inhibe la acumulación de AMPc no sólo en el riñón sino también en el hígado. La octreótida, un análogo sintético de la somatostatina, ha demostrado causar un enlentecimiento en el aumento de tamaño de quistes renales y hepáticos, por lo tanto es una opción médica útil en pacientes fuera de tratamiento quirúrgico.

ID 145

Hepatitis B fulminante

Fabiola Maely González-Ortiz, Mayra Virginia Ramos-Gómez y Moisés Salamanca-García. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. dramaelygonzalez@gmail.com

Antecedentes: La insuficiencia hepática fulminante (IHF) es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro severo y agudo de la función hepática asociado a encefalopatía, en pacientes sin evidencia de existencia previa de enfermedad hepática.

Objetivo: Informar el caso clínico de una paciente con infección por virus de Hepatitis B con presentación fulminante

Materiales y métodos: Femenino 84 años de edad con antecedente de Diabetes de 25 años de evolución en tratamiento con insulina, hipertensión arterial de 10 años de evolución en tratamiento con felodipino linfoma de Hodgkin difuso de células grandes CD20+ diagnosticado hace un año, recibiendo tratamiento con 6 ciclos de CHOP, actualmente en vigilancia, libre de actividad tumoral. Antecedente transfusional hace 6 meses. Inicia su padecimiento un mes previo a su valoración con ictericia, coluria, acolia, sin prurito, dolor abdominal, náusea, emesis o fiebre. Las pruebas de funcionamiento hepático con bilirrubina total (BT) 13,9 mg/dL, bilirrubina directa (BD) 9,8 mg/dL, bilirrubina indirecta (BI) 4,1 mg/dL, ALT 574 U/L, AST 1160 U/L, DHL 406, TP 16,6 INR 1,4, albúmina 2,5 g/dL, fosfatasa alcalina 209. Se realiza USG en donde se reporta dilatación de conducto colédoco de 0,8 cm, se realiza CPRE en la cual no se observa estenosis ni obstrucción de vía biliar, sin necesidad de realizar esfinterotomía. Se realiza perfil TORCH el cual es negativo, panel viral con reporte de IgM-HVA

negativo, Anti-HVC negativo, HBsAg positivo, Anti-HBs negativo, Anti-HBe IgM negativo, Anti HBc IgG positivo, HBeAg negativo, Anti-HBe positivo.

Resultados: Se inicia terapia antiviral con entecavir 0,5 mg/día, sin embargo paciente inicia con datos de encefalopatía hepática, prolongación en tiempos de coagulación y elevación de bilirrubinas con BT 21 mg/dL, BD 16 mg/dL y BI 5,0 mg/dL, por lo cual cumple criterios de *King College* para falla hepática aguda. Paciente fallece en las siguientes 24 horas de instaurado el cuadro.

Conclusiones: La hepatitis viral y el daño hepático producido por fármacos son la causa de la mayor parte de los casos de Insuficiencia hepática aguda. Aunque la hepatitis viral es hasta en un 70% de los casos causa de IHF, sólo 1% de los pacientes con hepatitis viral presenta este curso. En la mayoría de las series publicadas, el virus de la hepatitis B, solo o en coinfección-sobreinfección con el virus delta es el principal virus implicado en casos de IHF. En algunos casos, la fuente de infección son portadores crónicos de variedades mutantes del virus B (mutantes de la región del precore), en los que aparentemente no hay replicación vírica (HbeAg -/antiHBe +) como en el caso de nuestro paciente. Los hallazgos clínicos en los pacientes con IHF una vez instaurado el cuadro suelen ser comunes a todas las etiologías, e incluye básicamente la existencia de ictericia y encefalopatía. Es evidente que resulta esencial, para el manejo inicial de un paciente con IHF, conocer cuáles son los factores pronósticos que permitan identificar aquellos casos que, recibiendo cuidados intensivos adecuados, tengan mayor probabilidad de presentar recuperación.

ID 147

Anemia por deficiencia de hierro en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Fabiola Maely González-Ortiz, Tomás Cortés-Espinosa. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. dramaelygonzalez@gmail.com

Antecedentes: La anemia es una manifestación extraintestinal frecuente en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), las causas más comunes son la deficiencia de hierro y la anemia de enfermedad crónica. Si bien la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro (ADH) en los pacientes con EII se ha reportado desde un 6% a un 74%, esta es la causa más frecuente de anemia en los pacientes con EII.

Objetivo: Informar la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en los pacientes con EII adscritos al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

Materiales y métodos: Se analizaron un total de 36 pacientes con diagnóstico de EII, 15 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) y 21 pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI). Veinte pacientes género femenino y 16 género masculino, con promedio de edad en 50 años. Se realizó biometría hemática definiendo anemia con niveles de hemoglobina (Hb) menor a 12 g/dL para mujeres y menos de 13 g/dL para hombres. Sin embargo, los pacientes pueden cursar con ADH sin disminución de niveles de Hb por lo cual, en los pacientes que no presentaban disminución en Hb se buscó intencionadamente el valor de hemoglobina corpuscular media (HCM) con niveles normales de 28 a 35 pg, ancho de distribución de eritrocitos (ADE) niveles normales de 11 a 15, los cuales suelen tener un valor disminuido y aumentado respectivamente en ADH sin disminución de niveles de Hb. Adicionalmente, se midieron en todos los pacientes niveles de hierro sérico con niveles normales de 60 a 170 mcg/dL, niveles de transferrina para

hombres de 215 a 360 mg/dL y en mujeres 245 a 370 mg/dL, e índice de saturación de transferrina con niveles normales para hombres 20% al 50% y mujeres 15% a 50%. En todos los pacientes se midió nivel de proteína C reactiva (PCR) para descartar que la anemia no estuviera causada por inflamación o también llamada anemia de enfermedad crónica.

Resultados: Se evaluaron el 100% de los pacientes, encontrando una prevalencia del 52% de ADH; 30% de los pacientes presentaba disminución en las cifras de Hb y en un 22% la cifra de Hb era normal; sin embargo al analizar la HCM, ADE, hierro, transferrina e índice de saturación de transferrina presentaban datos compatibles con ADH.

Conclusiones: La prevalencia de anemia en los pacientes con EII ha disminuido gracias al mayor conocimiento de la fisiopatología de la EII y los tratamientos disponibles sin embargo, aun la anemia sigue siendo una causa importante de morbilidad en estos pacientes. Una vez que se ha identificado la deficiencia de hierro en los pacientes con EII un abordaje convencional es iniciar administración oral de hierro en dosis de 50 a 200 mg sin embargo, debido a la poca tolerancia gastrointestinal la alteración con la microbiota intestinal y su posible relación con actividad de la enfermedad se ha preferido el uso intravenoso una o 2 veces por semana. La importancia de identificar a los pacientes con EII que cursan con anemia pone en evidencia que la EII es una enfermedad crónica y como tal, su abordaje no sólo se debe limitar a las manifestaciones gastrointestinales.

ID 148

Confiabilidad de la elastografía hepática transitoria

Eva Juárez-Hernández, Sofía Ornelas-Arroyo, Juan Luis Romero-Flores, Sandra Ramírez-Álvarez, Paulina Álvarez-Quiroz, Mónica Acosta-Gómez, Nahum Méndez-Sánchez, Misael Uribe-Esquivel y Norberto Carlos Chávez-Tapia. Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F. evajuarez@hotmail.com

Antecedentes: La elastografía hepática transitoria (EHT) es una alternativa no invasiva para el diagnóstico de fibrosis en enfermedades hepáticas crónicas. Sin embargo, la confiabilidad de este marcador no invasivo de fibrosis es variable, y se desconocen los factores a los que se asocia.

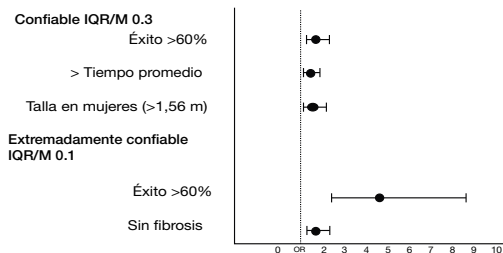
Objetivo: Determinar la confiabilidad de la EHT, y los factores asociados a la misma.

Materiales y métodos: Se realizaron 1251 estudios EHT de 2009 a febrero 2013, determinando la confiabilidad de acuerdo al rango intercuartil/mediana (IQR/M 0,3 - confiables; IQR/M < 0,1 extremadamente confiables). Se determinó el porcentaje de éxito > 60%, y el tiempo de realización del procedimiento. Se analizaron por regresión logística los factores que pudieran afectar la confiabilidad de los estudios.

Resultados: La muestra incluyó 649 (51,9%) mujeres, edad promedio de 50 ± 14 años, la prevalencia de fibrosis significativa fue de 37%. El porcentaje de estudios confiables es de 61%, se relacionaron con el porcentaje de éxito, y el realizarse en tiempo superior al promedio (fig. 1). El porcentaje de estudios extremadamente confiables es de 21%, asociados al porcentaje de éxito y ausencia de fibrosis (fig. 1). La tasa de éxito se relacionó con una realización del estudio menor al tiempo promedio (OR=0,118; IC05% 0,083-0,169), al IMC > 27 Kg/m² (OR=0,677; IC95%=0,477-0,960) y a la realización del estudio por motivos de tamizaje (OR=0,611; IC95%=0,433-0,861). Finalmente, la realización de EHT por motivos de tamizaje se asoció con una realización del estudio en un menor tiempo (OR=0,705; IC95%=0,527-0,943) y un mayor número de estudios no confiables (OR=0,748; IC95%=0,577-0,969).

Conclusiones: La confiabilidad de la EHT es variable. Y se correlaciona con varios factores relacionados al operador, así como a características del paciente. Los estudios altamente confiables son la minoría, por lo que se requiere mejorar la realización de este procedimiento.

Figura 1 Factores asociados a la confiabilidad de la elastografía transitoria.



ID 149

Detección de fibrosis avanzada por métodos no invasivos, en pacientes con sobrepeso y esteatosis hepática no alcohólica

Eva Juárez-Hernández, Sandra Ramírez-Álvarez, Juan Luis Romero-Flores, Paulina Álvarez-Quiroz, Alicia López-Victoria, José Pérez-Jaureguí, Martha Ramos-Ostos, Nahum Méndez-Sánchez, Misael Uribe-Esquivel y Norberto Carlos Chávez-Tapia. Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F. evajuarez@hotmail.com

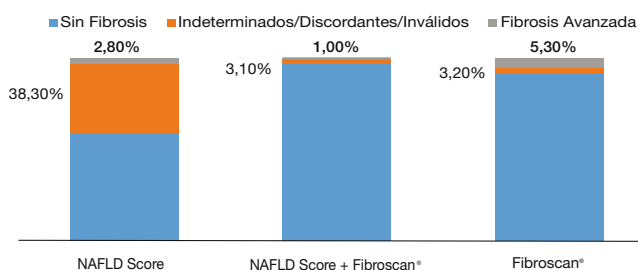
Antecedentes: La esteatosis hepática no alcohólica es una de las enfermedades hepáticas más frecuentes en el mundo, en México se presenta en el 26,6% de la población. Se desconoce cuál es la prevalencia de fibrosis en la población afectada por esta enfermedad. **Objetivo:** Establecer los parámetros de normalidad en población pediátrica mexicana.

Materiales y métodos: Se determinó la fibrosis hepática por medio de NAFLD Score, Fibroscan® y la combinación de estos. Los pacientes se asignaron de manera aleatoria a los métodos de detección no invasiva de fibrosis. Los factores de riesgo se determinaron a partir de la historia clínica, datos bioquímicos y antropométricos.

Resultados: Se aleatorizaron 299 pacientes, 78% de género masculino y un promedio de índice de masa corporal de 30 ± 3 Kg/m². La prevalencia global de fibrosis avanzada va de 1% a 5,3% dependiendo de método utilizado (fig. 1). La obesidad ($p=0,006$), e hiperglucemia ($p=0,02$) fueron factores asociados al desarrollo de fibrosis avanzada detectada por Fibroscan®, mientras que la trombocitopenia está asociada a la detección de fibrosis avanzada por NAFLD Score ($p=0,04$).

Conclusiones: La prevalencia de fibrosis avanzada en pacientes con hígado graso no alcohólico es elevada, y puede variar dependiendo del método no invasivo utilizado.

Figura 1 Detección de fibrosis avanzada por métodos no invasivos



ID 151

Hemorragia gastrointestinal masiva secundaria a infiltración duodenal de tumor de células germinales: reporte de un caso

Jony Cerna-Cardona, Antonio Manrique-Martín, Miguel Ángel Chávez-García, Nora Noemí Hernández-Velázquez, Alfaro Nicolás Santiago-Gómez Peña, Héctor Espino-Cortés, Jaime Alberto González-Angulo, Ernesto Pérez-Valle, Teófilo Pérez-Corona y Álvaro Uriegas-de las Fuentes. Hospital Juárez de México, Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. México, D.F. jonycerna_80@hotmail.com

Antecedentes: La enfermedad metastásica es la causa principal de neoplasia de intestino delgado. El melanoma, cáncer de pulmón, testículo, ovario y estómago son los principales tumores primarios que invaden el intestino delgado. Los tumores de las células germinales representan el 3%-4% de los tumores sólidos infantiles. El 95% se limitan al testículo. El principal sitio de metástasis es el pulmón (20%). La invasión a retroperitoneo es rara en niños (4%-6%). La metástasis a tracto gastrointestinal es infrecuente (<5%). El sitio más frecuentemente afectado es el intestino delgado (duodeno). Pueden manifestarse como obstrucción intestinal, hemorragia digestiva, intususcepción. El tratamiento primordialmente consiste en quimioterapia reductiva.

Objetivo: Reporte de un caso infrecuente de metástasis duodenal de un tumor de saco vitelino manifestado por hemorragia digestiva alta.

Materiales y métodos: Paciente masculino de 15 años de edad, sin antecedentes personales patológicos. Historia de 3 meses de dolor abdominal tipo sordo en mesogastrio e hipogastrio, acompañado de náusea y vómitos. Aumento de tamaño de testículo derecho, sin rubor, calor ni dolor. Pérdida de peso 15 Kg. Al examen físico con presencia de masa abdominal en cuadrante inferior derecho de aproximadamente 10 x 10 cm. Se realiza TAC de abdomen que reporta tumoración abdominal que comprime riñón derecho, involucra vena cava y arteria renal. Así como tumoración en segunda porción de duodeno. Marcadores tumorales: alfafetoproteína 3,94 ng/mL y gonadotropina coriónica fracción beta negativo. Se decide realización de orquiectomía derecha. Ante la fuerte sospecha de tumor germinal metastásico se inicia quimioterapia a base de ifosfamida. El reporte histopatológico compatible con tumor de células germinales mixto de 2,5 cm de diámetro (teratoma maduro 80% y saco vitelino 20%). Persiste con intolerancia a la vía oral y se agrega al cuadro vómitos en pozo de café (700 mL) y hematemesis en múltiples ocasiones (2.000 cc), con datos de repercusión hemodinámica, descenso de la hemoglobina de 13,8 g/dL a 9,2 g/dL. Se hemotransfunde y se realiza panendoscopia. Se documenta la presencia de lesión exofítica indurada en segunda porción de duodeno que estenosa el 100% de la luz, con friabilidad extrema, con áreas cubiertas de fibrina. Reporte histopatológico compatible con tumor de saco vitelino infiltrando mucosa duodenal (inmunohistoquímica: AFP positivo, CKAE1/3 positivo, vimentina positivo, CD30 negativo).

Resultados: Actualmente en tratamiento con quimioterapia citoreductiva, con mejor tolerancia a la vía oral.

Conclusiones: La invasión duodenal por tumores de células germinales es infrecuente, generalmente asociado a invasión a ganglios retroperitoneales. La hemorragia digestiva y la obstrucción intestinal, son cuadros clínicos frecuentemente asociados a este tipo de patología. El tratamiento se centra en la utilización de terapia quimiorreductiva.

ID 152

Manifestaciones gastrointestinales del dengue hemorrágico: crónica de una epidemia

Jony Cerna-Cardona. Tovar Osmin y Álvaro Uriegas-de las Fuentes. Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras. jonycerna_80@hotmail.com

Antecedentes: El dengue es una enfermedad infecciosa, aguda, viral, con cuadro clínico que va desde el asintomático al síndrome de choque por dengue, el cual si no se trata adecuada y oportunamente es mortal. Se ha informado de manifestaciones gastrointestinales en pacientes con dengue hemorrágico (náusea, vómitos, dolor abdominal, alteración de pruebas de función hepática) sin embargo la información sigue siendo escasa.

Objetivo: Determinar la frecuencia de manifestaciones gastrointestinales del Dengue hemorrágico.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal analítico, de enero a diciembre 2008. Se incluyeron un total de 144 pacientes (>14 años) que reunían criterio clínico, epidemiológico y laboratorio de dengue hemorrágico ingresados en el Hospital Escuela y confirmado posteriormente mediante pruebas serológicas (IgM para dengue). Se recolectó información de datos demográficos, pruebas de función hepática, estudios de gabinete, mediante una ficha de recolección de datos. Los resultados se procesaron en EPI Info® 6.

Resultados: De los 144 pacientes incluidos, 67 (46,5%) fueron mujeres y 77 (53,5%) hombres. El grupo de edad más afectado 14-25 años de edad (38,9%), seguido por el grupo de 26-35 años (36,25%). Dos pacientes (1,4%) con diagnóstico previo de dengue. El 36,1% se ingresaron al 4 día de inicio de la enfermedad. Según el diagnóstico de ingreso, 101 pacientes (70,4%), se clasificaron como grupo B, 36 (25%) dengue grupo C, 6 (4,2%) dengue grupo D y 1 paciente (0,7%) dengue grupo A. Se identificó dolor abdominal en 27 (18,7%), localizándose principalmente en el cuadrante superior derecho 13 (48,1%) y en epigastrio 12 (44,4%), náusea y vómitos en 23 casos (33,1%), hemorragia digestiva alta se presentó en el 15,9% generalmente entre el 3° a 5° día de evolución de la enfermedad. Se observó leucopenia (<4.000 leucocitos) a partir del 3° día y se mantuvo hasta el séptimo día. La transaminasemia se identificó en 108 pacientes (75%), alteración de los tiempos de coagulación en 36 (25%), la trombocitopenia severa (<50.000 células/mL) se presentó durante los días 5 y 6, observándose una tendencia al incremento y normalización a partir del séptimo día. En 14 (9,7%) pacientes se estableció coinfección por *Plasmodium vivax*. El ultrasonido de abdomen se realizó en 56 casos (38,9%). El hallazgo ultrasonográfico más frecuente fue líquido libre en cavidad peritoneal en 29 casos (51,78%), edema perivesicular (colecistitis alitiásica) en 20 (35,7%) y estudio normal en 16 (28,57%). Todos los pacientes fueron

manejados según los lineamientos de vigilancia y manejo estandarizado de pacientes con dengue de la Secretaría de Salud de Honduras. No se produjeron defunciones.

Conclusiones: Las manifestaciones gastrointestinales en el dengue hemorrágico se presentaron en el 70% de la población estudiada. La náusea y el vómito constituyeron la manifestación más frecuente. El entender la fisiopatogenia del dengue hemorrágico, permite identificar signos y síntomas de alarma, que pueden orientar la gravedad del cuadro clínico del paciente y tomar las medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad en estos pacientes.

ID 155

Síndrome de Peutz-Jeghers en pediatría. Serie de casos

Viridiana Cortés-Padilla, Zuhy Arlette Monroy-Teniza, Judith Flores-Calderón, Beatriz González-Ortiz y Karla Miranda-Barbachano. Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI. México, D.F. virir2ped@hotmail.com

Antecedentes: El síndrome de Peutz Jeghers (SPJ) es un desorden genético autosómico dominante, caracterizado por máculas hiperpigmentadas lentculares en los labios, mucosa oral, región distal de las extremidades; así como múltiples pólipos gastrointestinales tipo hamartomatosos. Frecuencia de un caso por 200.000 personas, presentan mayor riesgo de frecuencia de neoplasias por lo que requieren tratamiento médico específico y vigilancia periódica. El diagnóstico es clínico y mediante hallazgos histopatológicos de los pólipos.

Objetivo: Describir una serie de casos de SPJ durante los últimos 10 años en el Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI.

Serie de Casos: Se incluyeron 8 pacientes con edad promedio al diagnóstico de 9 años (6-13 años); tuvieron historia familiar 4 casos. En todos se observó pigmentación cutánea en labios, en 6 además en mucosa oral, en 2 palmar y uno plantar. En la tabla se muestran las características de los pacientes. La manifestación clínica más frecuente fue sangrado de tubo digestivo y dolor abdominal. En todos se realizó enteroscopia, encontrando múltiples pólipos entre 1 a 4,5 cm, sésiles y pediculados de tipo hamartomatoso. Requhirieron entre uno y 5 endoscopias y polipectomía un 50%. La complicación más frecuente fue anemia moderada a severa y requhirieron

Tabla 1 Características de los pacientes

N°	Edad (años)/sexo	Signos y síntomas	Localización	Número de endoscopias	Complicaciones médicas	Complicaciones quirúrgicas
1	6 /F	Dolor, hematemesis	Duodeno, yeyuno	2	Anemia*	Intususcepción intestinal
2	7/ M	Dolor, hematemesis	Estomago, yeyuno, íleon	2	Anemia*	Obstrucción intestinal
3	8/F	Dolor	Yeyuno, íleon	3	Ninguna	Intususcepción intestinal
4	8/F	Dolor, melena	Estómago, duodeno, yeyuno	5	Anemia*	Obstrucción intestinal
5	9/M	Dolor	Estómago, yeyuno	2	Anemia*	Intususcepción intestinal
6	13/M	Dolor, melena	Estómago, yeyuno, colon	2	Anemia*	Intususcepción intestinal
7	13/F	Dolor	Estómago, duodeno	2	Anemia*	Obstrucción intestinal
8	13/M	Dolor	Yeyuno	3	Ninguna	Ninguna

*Requirieron transfusión

tratamiento quirúrgico 7 de los 8 pacientes. Durante el seguimiento de 3 años (5 meses a 9 años) ninguno ha desarrollado malignidad (tabla 1).

Conclusión: En nuestro estudio al igual que lo reportado en la literatura los casos son pocos, la complicación más grave es la intususcepción, la polipectomía en sintomáticos es el tratamiento de elección, la vigilancia endoscópica debe realizarse a partir de los 10 años de edad cada 2-3 años.

ID 156

Ictericia obstructiva secundaria a linfoma no Hodgkin tipo Burkitt. Reporte de un caso pediátrico

Zuhy Arlette Monroy-Teniza, Viridiana Cortés-Padilla, Judith Flores-Calderón, Beatriz González-Rodríguez y Karla Miranda-Barbachano. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI. México, D.F. zuhy12@hotmail.com

Antecedentes: La ictericia obstructiva en los niños raramente está causada por neoplasias malignas; las neoplasias que se han reportado como causa de obstrucción biliar extrahepática en niños, incluyen al rhabdomyosarcoma, neuroblastoma y linfoma. El linfoma en general, es la 3° causa más frecuente de cáncer en los menores de 15 años de edad y ocasionan colestasis por infiltración ganglionar, por compresión extraganglionar del conducto biliar y por infiltración del tracto hepatobiliar en caso de linfoma diseminado.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente con linfoma no Hodgkin tipo Burkitt que se manifestó como ictericia obstructiva.

Caso clínico: Femenino de 6 años de edad, previamente sana, ingresa con cuadro clínico de 4 semanas de evolución caracterizado por ictericia progresiva, acolia, coluria, dolor abdominal y pérdida ponderal de 2 Kg. A la exploración física se encontró ictericia, con hepatomegalia no dolorosa a expensas del lóbulo izquierdo, sin adenomegalias. La TAC abdominal mostró dilatación de la vía biliar intrahepática de predominio izquierdo y una tumoración extrahepática condicionando compresión extrínseca. Se realizó laparotomía exploradora encontrando una lesión multinodular, muy vascularizada, de consistencia pétreo que obstruía la vía biliar, proveniente de la vía biliar extrahepática, que por su localización y características, no fue resecable. El diagnóstico se realizó por inmunohistoquímica (las células expresaban marcadores de células B, CD 20). Recibió quimioterapia a base de dexametasona, vincristina y ciclofosfamida, evolucionando hacia la mejoría (tabla 1).

Conclusión: El linfoma no Hodgkin raramente se presenta de forma inicial como ictericia obstructiva, sin embargo, debe ser considerado como un diagnóstico diferencial. La biopsia sin resección biliar es el tratamiento quirúrgico recomendado. La quimioterapia es el tratamiento de elección.

Tabla 1 Resultados

	Inicial	Posquirúrgico	Posquimioterapia
BT (mg/dL)	17,5	16,4	3,2
BD(mg/dL)	14,9	14,5	2,5
GGT (UI/L)	167	182	58
FA (UI/L)	473	510	253

ID 158

Prevalencia de criterios clínicos del síndrome metabólico en una población de escolares en Nuevo León

Natalia Garza-Reséndez, Victoria Alejandra Ahuett-López, Ana Karen Vélez-Ayala, Daniel Eduardo Pérez-Delgado, Harumi Georgianna Tanamachi-Rodríguez, Natalia Garza-Reséndez, Karla Chávez-Caraza y Julieta Rodríguez-de Ita. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud-ITESM, Campus Monterrey Ciudad: Monterrey, N.L., México. ngr30192@gmail.com

Antecedentes: Existen pocos estudios sobre síndrome metabólico (SM) en la población pediátrica mexicana. Su principal detonante, la obesidad, afecta al 34,4% de la población infantil en México. Además de los criterios clínicos y bioquímicos para el diagnóstico de SM (obesidad abdominal, insulinoresistencia, dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2), existen indicadores confiables de la prevalencia de criterios clínicos de SM.

Objetivo: Medir la prevalencia de criterios clínicos del SM en escolares y determinar los factores de riesgo mediante la obtención de medidas antropométricas asociados a SM. Además, valorar la percepción que tienen los padres respecto al peso de sus hijos.

Materiales y métodos: Las medidas antropométricas valoradas en toda la población fueron: peso, talla, IMC (índice de masa corporal), porcentaje de grasa PG, plicometría, circunferencia cintura CA, presión arterial PA, índice cintura-altura I-CA. Además se determinó la presión arterial PA y acantosis nigricans AN como signo de resistencia a la insulina. Los criterios clínicos considerados para el diagnóstico de SM fueron: CA (percentil ≥ 90), Hipertensión arterial (percentil 90) y AN. Se correlacionaron, mediante tablas de frecuencia y contingencia, las medidas antropométricas y los criterios clínicos para SM. La percepción de los padres se midió con cuestionarios.

Resultados: Se incluyeron 241 escolares, de 6 a 12 años de edad; presentando obesidad el 18,67% (22 niños, 23 niñas) siendo mayor a los 7 años edad. La prevalencia de sobrepeso fue de 24,48% (59); siendo mayor en el grupo de los 6 años (21 niños en total) al presentarse en el 47,62% de esta población. Un 4,56% presentó SM en base los criterios clínicos. El IMC y el PG tuvieron una correlación con el SM con una confiabilidad del 95%; mientras que el IMC tuvo correlación con la CA y la PA. Tanto la plicometría, I-CA y AN fueron independientes al SM. Respecto a la percepción de los padres, éstos tuvieron una visión distorsionada del físico de sus hijos ya que un 52,17% (12) de los padres consideraban adecuado el peso de su hijo cuando se trataba de niños con sobrepeso y el 63,64% (7) consideraban pasados de peso a sus hijos cuando estos presentan con obesidad.

Conclusiones: Dentro de la evaluación del niño con SM, la valoración de factores clínicos de riesgo como el IMC y el PG puede ser de utilidad para su detección. Es importante concientizar a los padres sobre el peso ideal de sus hijos pues su percepción respecto al peso de sus hijos es errónea.

ID 163

Tuberculosis pancreática primaria. Reporte de caso y revisión de la literatura

Delia Elissa Martínez-Castillejos, María Sarai González-Huezo, César Jaramillo-Martínez, Claudia S. Carillo-Ponce y María Teresa Moreno-Ramírez. Centro Médico Issemym. Metepec, Edo. Méx., México. elissacast@hotmail.com

Antecedentes: La tuberculosis pancreática primaria se define como infección pancreática aislada con histología positiva para bacilos de *M. tuberculosis* sin involucro a otros órganos (previo o concurrente). Es una entidad extremadamente rara, existen menos de 100 casos reportados en individuos inmunocompetentes, aún en países endémicos como el nuestro. Su cuadro es inespecífico y por imagen sugiere neoplasia, por lo que principal diagnóstico diferencial es un proceso maligno pancreático.

Caso clínico: Mujer de 44 años, enfermera, residente de Toluca AP: plastia inguinal derecha y apendicectomía. Inició su padecimiento un mes previo al ingreso (junio, 2011) con astenia, adinamia, cefalea frontal moderada, mareo intermitente asociado con actividad física y glicemia capilar durante síntomas en una ocasión 40 mg/dL, que remitió con ingesta de glucosa. Fue hospitalizada para evaluación integral. A su ingreso: afebril con SV estables, P: 64 Kg, talla 1,53 m. Cardiorespiratorio y abdomen irrelevantes, ganglio inguinal derecho de aproximadamente 1 cm de diámetro, de consistencia blanda, móvil, no doloroso. Exámenes: Leuc: 8.800, neutrófilos 6,300, linfocitos 1.800, monocitos 500, eosinófilos 100, Hb: 11,6g/dL, Hto: 38%, VCM: 77fl, CMH: 23 pg, plaquetas: 82.000, BT 0,45 mg/dL, Fosfatasa alcalina 84 u/l, albúmina 4,23 g/dL, ALT 20 U/L, función renal sin alteraciones. No se corroboró hipoglucemia. Mediante rastreo con TAC abdominal se observó una lesión de aproximadamente 20 x 20 mm en cola de páncreas de características sólidas, en fase simple se observa como lesión hipodensa, interior heterogéneo, bordes regulares sin reforzamiento en fase contrastada. El Ca 19-9: 5,8U/mL, amilasa 50 U/L, lipasa 31 U/L. Se planeó un USE con BAAF, el cual no pudo ser realizado por lo que fue sometida a pancreatocotomía (15/sep/11) ante sospecha de tumor neuroendocrino vs. neoplasia pancreática. Hallazgo quirúrgico: lesión 2 x 2cm en cola de páncreas de consistencia blanda, firmemente adherido al hilio esplénico, se realizó pancreatocotomía distal y esplenectomía con toma de biopsia transquirúrgica, reportada como cola de páncreas y una lesión de 1,5 cm descrita como nódulo sugerente de tuberculosis de cola de páncreas. Se confirmó posteriormente la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en la tinción de Ziehl-Neelsen. PPD (posterior): anérgico. Rx tórax: sin lesiones pulmonares. Inició tratamiento antifímico en febrero 2012: isoniazida/pirazinamida/rifampicina y etambutol por 2 meses, posteriormente una fase de sostén con isoniazida y rifampicina durante 9 meses. Actualmente asintomática y sin evidencia de infección activa.

Conclusiones: La tuberculosis pancreática es una entidad rara, en la literatura mundial se presenta en 2,1% a 4,7% de los pacientes con tuberculosis miliar. La afección exclusiva del páncreas sin afectar otros órganos es reportada como inusitada en inmunocompetentes. Aunque las manifestaciones clínicas de la tuberculosis pancreática son inespecíficas, las principales manifestaciones incluyen dolor y masa palpable abdominal, sin embargo en este caso los síntomas fueron astenia, adinamia y mareo que son manifestaciones clínicas poco frecuentes pero reportadas en la literatura.

ID 164

Factores de riesgo asociados a severidad en pancreatitis aguda en población pediátrica de un hospital de 3° nivel

Guillermina Gómez-Navarro, María del Carmen Bojórquez-Ramos, Yolanda Castillo-de León y Rocío Macías-Rosales. U.M.A.E. Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Guadalajara, Jal., México. guillegn@hotmail.com

Antecedentes: La pancreatitis aguda es un proceso reversible caracterizado por la presencia de infiltración por células inflamatorias agudas y grados variables de necrosis, apoptosis y hemorragia. En la población adulta se cuentan con diversos sistemas de puntaje que

ayudan a determinar el pronóstico de un evento de pancreatitis aguda, sin embargo en niños no se ha logrado validar ninguno de estos sistemas, pero lo que sí ha sido posible es determinar varios factores de riesgo que se asocian a gravedad de pancreatitis aguda y que permiten la identificación de pacientes que tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo clínicos, bioquímicos y radiológicos asociados a severidad en pancreatitis aguda en niños.

Materiales y métodos: En este estudio de casos y controles se incluyeron pacientes menores de 16 años de edad con diagnóstico de pancreatitis aguda hospitalizados en el Servicio de Gastroenterología, siendo los casos (pancreatitis grave) aquellos catalogados como clase D o E de la puntuación de Balthazar y los controles (pancreatitis leve) aquellos catalogados como clase A, B o C de la puntuación de Balthazar; durante un periodo de tiempo de 4 años de enero de 2009 a diciembre de 2012. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos, bioquímicos, radiológicos de cada paciente evaluándose de forma independiente la asociación de cada uno de ellos con pancreatitis aguda grave.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes, 20 correspondieron al grupo de casos y 55 al de controles, con predominio del género femenino y edad promedio de 10 años. Se encontró asociación de ciertos datos clínicos, bioquímicos y radiológicos con la gravedad del cuadro de pancreatitis aguda. Entre los datos clínicos se mencionan: frecuencia respiratoria elevada, obesidad (por percentil de índice de masa corporal) y síndrome metabólico. Entre los datos bioquímicos sólo se encontró asociación con pancreatitis aguda grave en ciertos datos reportados a las 72 horas o más del ingreso del paciente a Urgencias, los cuales fueron: disminución del hematocrito más del 10% del valor inicial, niveles séricos de calcio y albúmina bajos y nivel de DHL elevado. Por último, dentro de los datos radiológicos se mencionan: presencia de derrame pleural, líquido libre en cavidad abdominal o colecciones pancreáticas detectadas por ultrasonido, así como grado D o E en la clasificación tomográfica de Balthazar además de la presencia de necrosis detectada por tomografía. La etiología predominante fue la biliar, seguida por la etiología idiopática.

Conclusiones: Se encontró asociación significativa de ciertos factores clínicos, bioquímicos y radiológicos con la gravedad del cuadro de pancreatitis aguda en población pediátrica los cuales pueden ser de utilidad no sólo en el abordaje diagnóstico de estos pacientes sino también en el inicio de una terapéutica más oportuna y adecuada, con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones y mejorar el pronóstico de este grupo de pacientes.

ID 165

Trasplante hepático en un paciente con déficit de alfa-1 antitripsina. Reporte de un caso

José Alejandro Velasco-Zamora, Mario Vilatobá-Chapa, Alan Gabriel Contreras-Saldivar, Eduardo Carrillo-Maravilla, Armando Gamboa-Domínguez, Jacqueline Córdova-Gallardo, Graciela Castro-Narro e Ignacio García-Juárez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. alex81gt@yahoo.com

Antecedentes: El déficit de alfa-1 antitripsina (α -1AT) es un desorden hereditario autosómico recesivo asociado a enfisema pulmonar, hepatopatía crónica y hepatocarcinoma. La α -1AT es secretada por el hígado, inhibe la elastasa de los neutrófilos manteniendo la integridad de los alvéolos. En el hígado, la mutación de α -1AT altera su secreción y su acumulación causa daño hepático. Existen más de 120 variantes de la mutación de α -1AT en su gen Z y S, las asociadas a hepatopatía son homocigotos (ZZ, SS) y menos comunes los heterocigotos (MZ, SZ).

Objetivo: Reporte de un caso con deficiencia de α -1AT (heterocigoto MZ) con cirrosis hepática que se sometió a trasplante hepático de forma exitosa.

Observación clínica: hombre de 47 años sin antecedentes patológicos, ingesta de alcohol ocasional (40-60 g/sem) y sobrepeso. Inició en el año 2012 con adinamia, malestar general e ictericia generalizada. Análisis de laboratorio mostró pruebas de funcionamiento hepático alteradas. Acude a nuestro centro para su abordaje. Los laboratorios más importantes fueron: bilirrubina total: 5,42 mg/dL, ALT: 42 mg/dL, AST 62 mg/dL, FA: 122 mg/dL, albúmina: 2,1 mg/dL, plaquetas: 76.000, INR: 1,9 y creatinina en 0,83 mg/dL. Estudios de imagen (ultrasonido y tomografía abdominal) con daño hepatocelular crónico, esplenomegalia y circulación colateral. Exámenes complementarios, perfil de hepatitis viral y pruebas inmunológicas, todo negativo. Se diagnosticó cirrosis hepática criptogénica, Child-Pugh C y MELD (*Model for End-stage Liver Disease*) de 20 puntos. Se investigó causas más raras de cirrosis. Se diagnosticó déficit de α -1AT al documentar la mutación MZ (heterocigoto) y valores en suero 67 mg/dL (66-120 mg/dL) en el límite inferior normal. Entró a protocolo para trasplante hepático sin contraindicación alguna, fue hecho de donante cadavérico sin complicaciones (30/5/2013). La patología del explante hepático mostró el acumulo de glóbulos de glicoproteína positivos a PAS/diastasa compatibles con α -1AT. La evolución del paciente a 6 semanas fue satisfactoria.

Discusión: La hepatopatía crónica por déficit de α -1AT es rara, pero puede presentarse hasta en un 10% en el adulto. El diagnóstico se basa en identificar mediante electroforesis la mutación de α -1AT en sus variantes Z o S. Los niveles bajos en suero, pueden apoyar el diagnóstico, pero no lo excluyen si son normales e incluso altos por ser un reactante de fase aguda. El rol de la biopsia hepática es complementario. Lo interesante del caso es que el paciente presenta la variante MZ asociada a hepatopatía en tan solo un 7% según reportes de casos. Esto asociado a otros factores, como alcohol e hígado graso, como lo es el caso que reportamos.

Conclusión: No hay tratamiento específico para el déficit de α -1AT, el único tratamiento definitivo en presencia de insuficiencia hepática es el trasplante hepático reportándose una sobrevida a los 5 años de hasta un 92%.

ID 166

Asociación del consumo de capsaicina con la actividad de la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la expresión del gen TRPV1

Nallely Bueno-Hernández, Marco Villada-Ramírez, Patricia Campa-Moya, Isabel Cortés-Franco, Ilse Ascaño, Mónica Jacintez-Cázares y Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. nallely_bh5@yahoo.com.mx

Antecedentes: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), es una de las entidades de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), caracterizada por inflamación de la mucosa del colon, sin embargo, además de la inflamación y activación del sistema inmune, ocurren cambios en la percepción sensorial, lo que constituye la base fisiopatológica de los síntomas. La capsaicina, componente activo del chile participa en la regulación de procesos inflamatorios, recubrimiento de mucosas y despolarización de los nociceptores responsables de la percepción sensorial través del receptor de potencial transitorio V1 (TRPV1). En modelos animales, este gen produce desensibilización de las aferencias gastrointestinales convirtiéndose en un objetivo terapéutico sin embargo, en la práctica clínica el chile es uno de los principales alimentos prohibidos en los pacientes con CUCI.

Objetivo: Evaluar la tolerancia al chile y asociarla con la expresión génica de TRPV1 en pacientes con CUCI.

Materiales y métodos: Se seleccionaron 100 pacientes con CUCI que acuden a la Clínica de EII, para medir a través de una encuesta la tolerancia, procedencia, cantidad y frecuencia de consumo de

chile, así como síntomas, variables clínicas y bioquímicas de la CUCI. A 34 de estos, previo consentimiento informado, se les tomó una biopsia colónica para extracción de RNAm y medir la expresión génica de TRPV1 mediante Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real. Para analizar los datos se utilizó el programa SPSS® versión 17, medidas de frecuencia, *t* de Student, U de Mann Whitney y correlación de Spearman, considerando un valor de *p* significativo <0,05.

Resultados: De los pacientes encuestados el 52% se encontraban en remisión clínica, el promedio de edad fue de 42+12 años, el 52% fueron hombres y el peso promedio fue de 66+15Kg. El 68% de los pacientes refirió tener buena tolerancia al chile y aquellos con menor actividad de la CUCI tenían mejor tolerancia a los alimentos picantes ($r^2=0,224$; $p=0,02$). Por otra parte, la expresión génica de TRPV1 fue significativamente menor en los pacientes con CUCI activo comparado con los CUCI en remisión ($p<0,001$). La expresión del gen correlacionó negativamente con la actividad de la CUCI ($r^2=-0,77$; $p<0,005$) y la intensidad del sangrado ($r^2=-0,41$; $p<0,001$). Si bien los pacientes con tolerancia de buena a regular del chile presentaron mayor frecuencia de deposiciones ($p=0,04$), al evaluar las diferencias entre preparaciones caseras con comerciales, se encontró menor frecuencia de sangre en heces en aquellos que preferían preparaciones caseras (mayor cantidad de chile natural) ($p=0,02$) y la expresión de TRPV1 fue mayor en aquellos que prefieren las preparaciones caseras ($p=0,02$).

Conclusiones: La baja expresión de TRPV1 correlacionó con mayor actividad y la alta expresión del se asoció a mayor tolerancia de alimentos con preparaciones más naturales de chile y con menor presencia de sangre en heces. Estos resultados sugieren que los alimentos con capsaicina puede modular la expresión de TRPV1 sin embargo, las formas de preparación pueden intervenir en el efecto benéfico de la capsaicina.

ID 167

Prevalencia y conductas en el sangrado de tubo digestivo alto en un hospital privado del noeste del país: un estudio retrospectivo

Luis Antonio Rodríguez-Robles, Eliud Gerardo Alcalá-Gómez y Arturo Ramírez-Rosales. Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad. Monterrey, N.L., México. luis_rdz94@hotmail.com

Antecedentes: El sangrado de tubo digestivo alto es una emergencia médica común y causa frecuente de morbimortalidad. La úlcera péptica ha sido reconocida como la causa principal de éste evento, aunque estudios recientes han mostrado una disminución en su frecuencia, El *score* de riesgo desarrollado por Rockall es un útil para pacientes con sangrado de tubo digestivo alto y clasificarlos en alto y bajo riesgo de mortalidad. El *score* Blatchford, es útil para identificar pacientes que requieren intervención (>6), siendo esto definido como necesidad de transfusión, terapéutica endoscópica o quirúrgica.

Objetivo: Identificación de la etiología de los sangrados de tubo digestivo de nuestro hospital así como evaluar la correlación de *scores* pronósticos en relación a intervención terapéutica y predicción de mortalidad

Materiales y métodos: se realizará una búsqueda retrospectiva entre el periodo de tiempo del 1 de enero de 2007 al 31 de agosto del 2012 de expedientes de pacientes con diagnóstico de STDA a su ingreso, o bien que hayan desarrollado este evento durante su estancia hospitalaria.

Resultados: Se evaluaron 147 pacientes. Predominó el sexo femenino (51%) en comparación a pacientes del sexo masculino (49%). La edad promedio fue 64,2 años (DE=15,9 años). El motivo de consulta

más frecuente fue melena (73,5%). La principal causa fue la enfermedad ulcero péptica (51,02%), de las cuales la más prevalente fue la úlcera gástrica (36,9%). La enfermedad erosiva fue la responsable de 32,6%, siendo la gastritis la más frecuente en este subgrupo de etiología (24,5%), la 3ª etiología más frecuente fue la enfermedad variceal esofágica con 12,2%. Ciento veintitrés pacientes obtuvieron una puntuación mayor a 6 de Blatchford, de los cuales solamente a 9 no se realizó intervención, 24 pacientes obtuvieron una puntuación por debajo de 6, de éstos a 21 pacientes se realizó intervención. A 135 pacientes (91,8%) se les realizó estudio endoscópico, 81 pacientes (55,1%) se hemotransfundieron, mientras que sólo 3 (2%) requirieron tratamiento quirúrgico. Quince pacientes (10,2%) fallecieron. De éstos, los 15 tenían un Rockall pre-endoscopia, 9 pacientes tenían Rockall postendoscopia de 7 puntos, 3 pacientes 8 puntos y 3 pacientes 9 puntos.

Conclusiones: La causa más frecuente de sangrado en nuestro grupo de estudio fue la enfermedad úlcero péptica con 51,02%. De acuerdo a los criterios de la escala de Blatchford 92% de los pacientes con puntaje mayor a 6 recibieron intervención, en cambio en el grupo de pacientes que no tenían criterio para intervención, el 87,5% se sometió a endoscopia superior. Con respecto a la escala de Rockall se observó que existió relación en cuanto a probabilidad de mortalidad en los pacientes con los puntajes más altos de la escala.

ID 168

Integridad hepatocelular en pacientes con nutrición parenteral total: un estudio comparativo entre formulas premezcladas e individualizadas

Luis Antonio Rodríguez-Robles, Arturo Ramírez-Rosales. Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad. Monterrey, N.L., México. luis_rdz94@hotmail.com

Antecedentes: Entre las ventajas de la estandarización de la nutrición parenteral se ha descrito que disminuye la variabilidad en el tratamiento clínico haciendo que éste resulte más seguro y mejorando la calidad de atención al paciente. Son 3 los patrones reconocidos de complicaciones hepáticas asociadas al uso de nutrición parenteral total: colestasis, esteatosis y disfunción de la vesícula y vía biliar.

Objetivo: Comparar el impacto en la integridad hepatocelular en los pacientes con nutrición parenteral entre las fórmulas comerciales estándar y las individualizadas.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se realizó una búsqueda entre 1ro de junio de 2011 al 31 de mayo del 2012 de expedientes de pacientes con nutrición parenteral ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital. Se consignaron niveles de colesterol mayores a 150 mg/dL, fosfatasa alcalina mayor de 44 mg/dL, AST mayor de 34 mg/dL, ALT mayor de 37 mg/dL y bilirrubina total mayor de 1,9 mg/dL medidas a los 7 días.

Resultados: Se evaluaron 101 pacientes. Predominó el sexo masculino con 67,74%, femenino 32,26%. La edad media fue de 60 años con DE 8,30, la estancia promedio fue 14,45 días con DE=5,36. El IMC promedio fue 26,94 con DE 3,19. El tiempo promedio de nutrición parenteral fue 11,06 días con DE 4,19. Se determinó el estado nutricional, mediante el *score* de valoración global subjetiva (VSG), encontrándose que la clase más frecuente fue la B con 58,06%, A con 25,8% y C con 16,12%. Se dividieron los pacientes en 2 grupos, el grupo 1 con la administración de nutrición parenteral individualizada (46 pacientes) y el segundo con nutrición parenteral premezclada (55 pacientes). En el grupo 1 hubo un incremento en el 7º día en los niveles de colesterol en 52,94%, en la fosfatasa alcalina en

64,7%, así como un aumento del nivel de AST de 47,05%, ALT de 41,17% y bilirrubina total en 52,94% de los pacientes hubo elevación. Por su parte el grupo 2 mostró un aumento de colesterol en 71,4%, de fosfatasa alcalina en 42,8%, AST 64,2%, ALT 57,1% y 42,8% en bilirrubina total.

Conclusiones: Como ya describimos previamente, entre las complicaciones hepáticas más frecuentes son la colestasis y el aumento de las enzimas citocólicas. En nuestro estudio observamos que en ambos grupos la presencia de estas alteraciones fue similar, con algunas diferencias. Los resultados expuestos muestran que el uso de nutriciones parenterales individualizadas (calculadas) está asociado con menor elevación de colesterol y AST y ALT; y al usar nutriciones premezcladas (comerciales) existe un menor riesgo de hiperbilirrubinemia total y elevación de fosfatasa alcalina.

ID 170

Asociación de la expresión de los genes HNF1α, HNF4α, HNF4γ con la actividad de la enfermedad de Crohn

Nallely Bueno-Hernández, Josep Manyé-Almero, Yamilé Zabana, Violeta Lorén, Elisabet Pedrosa, Miriam Mañosa, Eugeni Domènech, Eduard Cabré y Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de EII, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" e Institut d'Investigación en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol. México, D.F. y Badalona (Barcelona), España. nallely_bh5@yahoo.com.mx

Antecedentes: La enfermedad de Crohn (EC) es una entidad de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), caracterizada por inflamación transmural que puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal. Se han descrito genes que pueden estar estrechamente relacionados con la EII, entre ellos los HNF's, estudios previos han mostrado que *HNF4α* y *HNF4γ* regulan procesos de homeostasis e integridad del epitelio intestinal así como procesos inflamatorios clave en la EII y ambos regulados por *HNF1α*.

Objetivo: Medir la expresión génica de *HNF1α*, *HNF4α* y *HNF4γ* en piezas de resección intestinal en pacientes con EC sometidos a tratamiento quirúrgico.

Materiales y métodos: Se incluyeron 19 pacientes con Crohn para medir la actividad de *HNF1α*, *HNF4α* y *HNF4γ* por microarrays y reacción en cadena de la polimerasa (pcr) en tiempo real en muestras de íleon (tejido inflamado y sano) y muestras de 10 pacientes control sin inflamación intestinal. A partir del tejido se extrajo el RNA mensajero posteriormente se realizó síntesis de cDNA y se midió la expresión génica por PCR en Tiempo Real usando sondas para los genes *HNF1α*, *HNF4α* y *HNF4γ* así como el gen constitutivo RPL-PO. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS® versión 17, la prueba de U de Mann Whitney para comparar los grupos, correlación de Spearman y Razón de Momios (RM) para evaluar la expresión como factor de riesgo de inflamación entre los pacientes y el grupo control, considerando una *p* significativa <0,05.

Resultados: La edad promedio de los pacientes con EC fue de 26 +9 años y de los controles de 65 + 6 años, donde el 57% y 70% fueron hombres respectivamente. En los microarrays se encontró que la expresión de *HNF1α*, *HNF4α* y *HNF4γ* fue menor entre los pacientes comparado con los controles. Por otro lado, la expresión del RNAm por PCR en tiempo real de *HNF1α* ($p=0,006$), *HNF4α* ($p<0,05$) y *HNF4γ* ($p<0,05$) se encontró significativamente menor en el tejido inflamado comparado con el sano en pacientes con Crohn, no encontrándose diferencias entre el tejido sano y los controles. En el tejido sano la expresión de *HNF1α* correlacionó significativamente con *HNF4α* ($r^2=0,784$; $p<0,005$) y *HNF4γ* ($r^2=0,850$; $p<0,005$), al igual que *HNF4α* con *HNF4γ* ($r^2=0,647$; $p=0,005$), sin embargo, en las muestras de tejido inflamado sólo correlacionó *HNF4α* y *HNF4γ*

($r^2=0,851$; $p<0,005$). La baja expresión de la familia de genes representó mayor riesgo de inflamación tal como: *HNF1a* (RM=8,0; IC95%=1,2-52,6 y $p=0,022$); para *HNF4a* (RM=3,0; IC95%=1,4-6,1; $p<0,05$) y de *HNF4y* (RM=4,3; IC95%=1,6-11,6; $p<0,05$).

Conclusiones: La familia de los genes *HNF1a*, *HNF4a* y *HNF4y* se encontró disminuida en las zonas con inflamación en los pacientes con EC, comparado a las zonas no inflamadas. La expresión significativamente disminuida de esta familia de genes mostró mayor riesgo de inflamación. Estos resultados sugieren los genes *HNF1a*, *HNF4a* y *HNF4y* podrían ser un blanco terapéutico importante en la EII.

ID 171

Cáncer obstructivo del colon izquierdo: tratamiento quirúrgico de urgencia, en el Hospital Juárez de México

Ulises Rodríguez-Wong, Carlos Cruz-Rubín. Hospital Juárez de México. México, D.F. ulisesromed@prodigy.net.mx

Antecedentes: El cáncer es la causa más frecuente de obstrucción del colon, 60% a 70% de los casos; en muchas ocasiones la obstrucción se presenta en forma brusca y aguda, provocando la aparición de un abdomen agudo. El tratamiento quirúrgico urgente debe resolver por una parte el problema obstructivo y por otra se debe tratar la neoplasia, respetando los lineamientos de la cirugía oncológica. Aún existe controversia en cuanto a la mejor alternativa de tratamiento quirúrgico de urgencia del cáncer obstructivo del colon izquierdo

Objetivo: Se revisa la experiencia en el manejo quirúrgico de urgencia del cáncer obstructivo del colon izquierdo en el Servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, en el Hospital Juárez de México, de enero de 1993 a diciembre de 2012 de los casos atendidos en el Servicio de Cirugía General, con el diagnóstico de cáncer obstructivo de colon izquierdo.

Resultados: Se reunió un total de 17 pacientes, de los cuales 11 correspondieron al sexo masculino y 6 al sexo femenino; el rango de edad fue de 56 a 78 años, con un promedio de edad de 69,1. Todos los pacientes ingresaron al Servicio de Urgencias con un cuadro clínico de abdomen agudo obstructivo (100%). En todos los casos se tomaron placas de abdomen de pie y en decúbito, en 9 pacientes se realizó ultrasonografía abdominal y en 6 se realizó tomografía axial computada de abdomen. En 14 pacientes se realizó resección de la masa tumoral con cierre Hartmann, y en 3 casos únicamente se realizó colostomía proximal sin resección de la masa tumoral con toma de biopsias; en ninguno de nuestros pacientes se realizó anastomosis primaria después de la resección. El diagnóstico de adenocarcinoma de colon se confirmó histológicamente en todos los casos. No hubo mortalidad postoperatoria inmediata en ninguno de nuestros pacientes y en sólo 2 casos hubo infección de la herida quirúrgica.

Conclusiones: No obstante que la tendencia actual en el tratamiento del cáncer obstructivo del colon izquierdo es la cirugía en un solo tiempo, en nuestro Hospital el procedimiento más utilizado fue el de Hartmann.

ID 172

Influencia de la dieta en los síntomas de los pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI): reporte preliminar

Nallely Bueno-Hernández, Patricia Campa-Moya, Ilse Ascaño, Mónica Jacintez-Cázares y Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. nallely_bh5@yahoo.com.mx

Antecedentes: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), es una inflamación persistente de la mucosa del colon perteneciente a lo que se conoce como enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se ha sugerido que factores dietéticos individuales y el balance energético tienen un papel importante en la inducción de cambios en la población microbiana, en la integridad de la barrera intestinal y en la regulación de la respuesta inmune inflamatoria, directa o indirectamente sin embargo, existe controversia acerca de los alimentos prohibidos o que pueden potencializar los síntomas y aquellos que sí pueden ser recomendados.

Objetivo: Evaluar mediante una frecuencia de consumo de alimentos aquellos que se asocian más con los síntomas gastrointestinales de los pacientes con CUCI.

Materiales y métodos: Hasta el momento se han evaluado 132 pacientes con CUCI activos y en remisión que acuden cotidianamente a la consulta de la clínica de EII, a cada uno se le realizó una frecuencia de consumo de alimentos modificada para evaluar síntomas relacionados con la enfermedad. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS® versión 17, medidas de frecuencia y U de Mann Whitney para diferencia en la frecuencia de síntomas entre pacientes activos y en remisión, por grupo de alimentos.

Resultados: Del total de pacientes encuestados el 50% tuvieron remisión clínica, en el 52% la extensión fue pancolitis y el 26% tuvieron manifestaciones extraintestinales. La edad promedio fue de 43 + 15 años y el 52% fueron mujeres. De los 132 el 64% refirió tener intolerancia por lo menos a un alimento (intolerancia evaluada con los siguientes síntomas: diarrea, distensión, dolor abdominal y flatulencias), de los cuales los más frecuentes fueron, leche y sus derivados (45%), alimentos picantes (20%) y las grasas animales (13%). De los alimentos con mayor frecuencia de intolerancias se realizaron 3 grupos: 1) Alimentos que ocasionaban significativamente mayor frecuencia síntomas en los pacientes activos comparado con los remisión ($p=0,04$): carne roja, vísceras, acelgas, naranja, sopa de lechuga, espinaca, nopales y tuna; 2) Alimentos con tendencia a ocasionar síntomas durante la actividad comparado con los remisión ($p=0,06$): embutidos, huevo, arroz, pan dulce, pan blanco, sopa de pasta, pan integral, brócoli, calabaza, coliflor, ejote, ciruelas, piña, papa, sandía, frituras comerciales y papaya; 3) Alimentos que por la frecuencia de síntomas en pacientes con CUCI activos y en remisión no hubo diferencias significativas y en ambos ocasionaron síntomas ($p=0,14$): leguminosa, lácteos, grasa de origen animal y refresco.

Conclusiones: En este estudio preliminar se puede concluir que las recomendaciones dietéticas en los pacientes con CUCI, dependerán de la actividad o remisión sin embargo, existen alimentos que en ambos estadios de la enfermedad pueden ocasionar síntomas.

ID 173

Polimorfismo de adiponutrina (PNPLA3) y su correlación con grado de actividad y fibrosis de la biopsia hepática, CAP e índice NAFLD

Yahvé Iván López-Méndez, Emmanuel Correa-Solis, María Sara Sixtos-Alonso y Graciela Elia Castro-Narro. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. yahvelopezmendez@gmail.com

Introducción: El hígado graso no alcohólico (HGNA) es una causa común de enfermedad hepática crónica. Existen factores genéticos relacionados al desarrollo de hígado graso y su gravedad, como el

polimorfismo de adiponutrina (PNPLA3) localizado en el cromosoma 22, especialmente la variable rs738409 C/G.

Objetivos: Determinar la variedad de polimorfismo de adiponutrina CC, GC, GG en pacientes con esteatosis/esteatohepatitis y correlacionarlos con grado de fibrosis y actividad de biopsia hepática (BH), NAFLD score y CAP (parámetro de atenuación controlado) determinado mediante elastografía de transición.

Material y métodos: Se incluyeron 27 pacientes con diagnóstico de esteatosis/esteatohepatitis, a todos se les realizó BH mediante punción hepática percutánea. Se realizó elastografía de transición, en 16 de ellos se determinó CAP (medición de porcentaje de grasa hepática). Se utilizaron transductores M y XL de acuerdo al pániculo adiposo del paciente. Se consideró CAP elevado >222. Se analizó el SNP de PNPLA 3 [1148M] vs. 738409 para genotipificar en GG, GC y CC por PCR-tiempo real, sondas de hibridación y curvas melting. A 26 pacientes se les calculó NAFLD score. Se analizaron frecuencias y correlaciones no paramétricas de Spearman y Pearson. Los 3 polimorfismos se compararon con CAP, puntaje NAFLD y grado de actividad y fibrosis de BH. El análisis estadístico se realizó con SPSS® versión 17,0. La significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados: De 27 pacientes 18 (67%) presentaron el polimorfismo variedad CC, 7 (25%) CG, 2 (8%) GG, el CAP mostró correlación positiva con la presencia de esteatosis y polimorfismo, se encontró elevado en 15 de 16 pacientes, los valores más elevados fueron en pacientes con polimorfismo G/C. Se observó una tendencia hacia la significancia estadística en los diversos tipos de polimorfismos, esteatosis y fibrosis ($p=0,06$). El puntaje NAFLD no mostró correlación con el polimorfismo, CAP o BH.

Conclusiones: La presencia del polimorfismo de adiponutrina muestra una tendencia hacia la significancia con esteatosis, fibrosis y CAP elevado. El índice NAFLD no mostró correlación con ninguna de nuestras variables. La tendencia hacia la correlación y falta de significancia estadística se explica por el tamaño de muestra.

ID 175

Relación entre hiperuricemia y niveles de ALT en pacientes con sobrepeso y obesidad

Ome Zitlalli Pérez-Gutiérrez, Sonia Juárez-Comboni, Susana Morate-Corpas, Juliana Baglietto-Azaredo, Diana Clavellina-Gaytán y Miguel Herrera-Hernández. Centro de Nutrición, Obesidad y Alteraciones Metabólicas (CNOAM), Centro Médico ABC. México, D.F. omezperez@gmail.com

Antecedentes: Previamente se conoce que la causa de elevación leve de enzimas hepáticas en pacientes con sobrepeso y obesidad hasta en el 90% de los casos es causado por hígado graso/esteatohepatitis. Recientemente, se ha determinado que los niveles de ácido úrico elevado se relacionan con la presencia de hígado graso.

Objetivo: Evaluar la relación entre los niveles de ácido úrico elevado y los niveles de ALT en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Materiales y métodos: Se evaluaron 1.239 pacientes que acudieron al CNOAM en busca de tratamiento para sobrepeso u obesidad entre enero del 2011 a mayo del 2013. Los criterios de inclusión fueron: 1) pacientes mayores de 18 años, 2) consumo de alcohol menor de 21 copas a la semana en hombres y 14 copas en mujeres; 3) que la valoración contara con medidas antropométricas y laboratorios generales. Se excluyeron pacientes con hepatopatía previa conocida distinta a hígado graso, uso de medicamentos hepatotóxicos. Se definió hiperuricemia en mujeres con niveles de ácido úrico mayor o igual a 5,7 mg/dL, y en hombres con niveles de ácido úrico mayor o igual a 7 mg/dL. Elevación de niveles de ALT se tomó mayor o igual a 40 IU/L. Sobrepeso/ obesidad se definió como un IMC ≥ 25 Kg/m². Análisis estadístico: Estudio transversal observacional; se utilizaron medias, rangos y desviaciones estándar; se utilizó

regresión logística para analizar la relación de las variables con los niveles de ALT y descartar variables confusoras; se utilizó U de Mann-Whitney comparación entre grupos, se tomó una $p < 0,05$ para significancia estadística.

Resultados: De la población, el 41% eran hombres, la media de edad 42 años (DE 12,1); el 24,5% con hiperuricemia y el 28% con elevación de ALT. Se realizó regresión logística y se encontró que el ácido úrico elevado se relacionó con niveles de ALT elevados ($p < 0,000$). Además el peso ($p < 0,000$), el IMC ($p = 0,002$), glucosa ($p < 0,000$) y triglicéridos ($p < 0,007$) también se relacionaron con niveles de ALT elevados. Al realizar correlación entre variables, se encontró que existe una correlación positiva entre los niveles de ácido úrico y ALT ($r = 0,39$), así también se encontró una tendencia a una correlación negativa entre los niveles de ALT y HDL ($r = 0,28$).

Conclusiones: La presencia de hiperuricemia se asoció a mayores niveles de ALT en pacientes con sobrepeso y obesidad. A pesar de que se sabe que la mayoría de los pacientes con sobrepeso/obesidad y con elevación de enzimas hepáticas se debe a esteatohepatitis, es necesario corroborar estos hallazgos con más estudios.

ID 176

Análisis de los niveles de expresión del gen card9 en mucosa colónica de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y controles

Montserrat Anilú Lara-Velázquez, Gabriela Fonseca-Camarillo y Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Facultad de Medicina, UNAM. México, D.F. faint_lara@hotmail.com

Antecedentes: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad de origen multifactorial. La susceptibilidad genética representa uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la CUCI, se han descrito múltiples asociaciones con genes específicos como los genes de la familia CARD, en especial para el gen CARD9, el cual participa en fenómenos de tolerancia y control en la respuesta inmune mediante la generación de citocinas inhibitorias (IL-10, IL-2). El gen CARD9 se ha asociado con la CUCI mediante una alteración funcional que provoca aumento en la producción de citocinas proinflamatorias generando daño a la mucosa intestinal. El objetivo del trabajo fue evaluar los niveles de expresión del gen CARD9 en mucosa colónica en pacientes con CUCI y asociar estos niveles de expresión génica con las características clínicas y demográficas de los pacientes.

Materiales y métodos: Se estudiaron 40 pacientes con CUCI (20 con actividad y 20 en remisión) y 20 controles. Todos los pacientes tenían el diagnóstico confirmado de CUCI por histopatología. El grupo control incluyó sujetos con colonoscopias y toma de biopsias sin la presencia de ningún tipo de colitis. Se realizó PCR en Tiempo real para cuantificar la expresión del gen CARD9 y del gen constitutivo GAPDH. Los resultados se analizaron mediante estadística no paramétrica con las pruebas de U de Mann Whitney y Kruskal Wallis. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS® versión 17. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: De los pacientes estudiados el 55% eran mujeres y 45% hombres, comprendían una edad media de 40,7 + 6,8 años. En los pacientes con CUCI activo se encontró de manera significativa mayor expresión del gen CARD9 en la mucosa colónica comparado con el grupo control ($p = 0,002$), así como al ser comparado con el grupo en remisión ($p = 0,001$). La expresión génica de CARD9 se asoció con la presencia de artralgias ($p = 0,03$). Del curso clínico, en el grupo de remisión 18 (90%) pacientes tenían CUCI activo y después inactivo; 2 (10%) pacientes presentaban actividad intermitente (<2 recaída al

año); en el grupo de CUCI activo 4 (20%) pacientes tenían un curso clínico de CUCI activo/inactivo; 5 (25%) pacientes presentaban actividad intermitente (<2 recaídas al año) y 10 (50%) pacientes presentaban actividad continua (>2 recaídas al año). Respecto a las manifestaciones extra-intestinales en el grupo de CUCI remisión 15 (75%) estaban presentes y en 5 (25%) estaban ausentes; en el grupo de CUCI activo en 14 (70%) estaba presente y en 6 (30%) estaban ausentes. En relación al tratamiento, en el grupo de CUCI remisión 15 (75%) pacientes fueron tratados con 5-ASA; 1 (5%) tratado con mesalazina + prednisona y 4 (20%) tratados con mesalazina + azatioprina. Por otro lado, en el grupo de CUCI activo 11 (55%) pacientes fueron tratados con 5-ASA; 6 (30%) tratados con Mesalazina + Prednisona; 1(5%) tratado con mesalazina + azatioprina y 2 (10%) tratados con mesalazina + prednisona + azatioprina. Finalmente, en el grupo de CUCI activo 19 (95%) pacientes presentaban respuesta al tratamiento.

Conclusiones: En pacientes con CUCI activo se encontró incremento en la expresión génica de *CARD9* en comparación con los pacientes en remisión y controles. Además se observó asociación entre los niveles de expresión génica de *CARD9* y la presencia de artralgias en los pacientes con CUCI. Lo anterior sugiere que existe incremento en la respuesta inmune innata en los pacientes durante el proceso inflamatorio para contrarrestar la invasión bacteriana a nivel intestinal.

ID 178

Impacto psicosocial de la obesidad en los adolescentes

Diana Cecilia Altamirano-Montealvo, María Fernanda Abbud-Fitzmaurice, Monserrat Quesada-Rojas, José Arturo Oyervides-Alvarado, Arturo Maximiliano Ruiz-Beltrán, Karla Chávez-Caraza, y Julieta Rodríguez-de Ita. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud- ITESM, Campus Monterrey. Monterrey, N.L., México. diana.c.altamirano@gmail.com

Antecedentes: La obesidad en los adolescentes no sólo afecta la salud de los mismos, sino que también repercute en su calidad de vida, ya que tiende a relacionarse con la depresión, baja autoestima y mayor tendencia al suicidio. Sin embargo, se han realizado pocos estudios sobre las implicaciones de la obesidad en el desempeño académico de los adolescentes, sin que se hayan obtenido datos concluyentes.

Objetivo: Evaluar el impacto de la obesidad en la adolescencia sobre los factores psicosociales; correlacionando el índice de masa corporal (IMC) con el desempeño académico, la depresión, la autoestima y la autopercepción.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico (transversal comparativo) en una población de 194 adolescentes, entre 12 y 16 años de edad, estudiantes de secundaria en Santa Catarina, Nuevo León. Tomando medidas antropométricas, se clasificaron en peso normal, sobrepeso y obesidad. Se les hicieron preguntas para conocer su autopercepción y se les aplicaron tests para evaluar depresión y autoestima. También se obtuvieron sus calificaciones finales del año escolar. Utilizando frecuencias, porcentajes y tablas de contingencia, se examinó la relación entre el IMC y las diferentes variables. **Resultados:** De toda la población, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 29,9% (58), con una distribución entre hombres y mujeres del 28,42% y 31,3% respectivamente. De 194 adolescentes, 95 fueron hombres y 99 mujeres; y en el grupo de mujeres, la prevalencia de depresión (60,61%, 60) y baja autoestima (29,29%, 29) fue más alta. En la población de 14 años, de un total de 64 adolescentes, la prevalencia de obesidad (17,19%), baja autoestima (23,44%) y depresión (53,13%) fue mayor. El 22,1% de los varones y 43,43% de las mujeres se auto-perciben con sobrepeso. El

rendimiento escolar de los hombres fue regular (52,63%) y el de las mujeres, bueno (62,63%).

Solo la autopercepción de la imagen estuvo asociada al criterio de IMC con una confianza del 95%. Mientras que la depresión, la autoestima y el desempeño académicos fueron independientes del IMC. **Conclusiones:** Los adolescentes tienen una autopercepción adecuada de su imagen respecto a su peso. Por otro lado, la edad de 14 años de edad, son un grupo de riesgo al presentar mayor prevalencia de obesidad, baja autoestima y depresión. En nuestro estudio los adolescentes con sobrepeso y/u obesidad no presentan más depresión, baja autoestima o bajo rendimiento escolar, en comparación con los adolescentes de peso normal.

ID 179

La edad al diagnóstico, localización y mortalidad en cáncer de colon asociado a CUCI es diferente al cáncer de colon esporádico en un periodo de 25 años en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Luis Hernán de la Roca-Girón, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México D.F. luiguirm29@hotmail.com

Antecedentes: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes del tracto gastrointestinal en ambos sexos. En los últimos años, se ha observado un incremento en la incidencia de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) en México y en este tipo de pacientes existe un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal sobre todo en aquellos pacientes que presenten mayor duración de la enfermedad, extensión de la misma, presencia de colangitis esclerosante primaria, inflamación persistente y antecedente familiar de cáncer colorrectal. Hasta el momento, no hay estudios en nuestra población que comparen las características clínicas y demográficas de pacientes con cáncer de colon asociado a CUCI y cáncer de colon esporádico.

Objetivo: Determinar la frecuencia de cáncer colorrectal en pacientes mexicanos con CUCI y comparar las características demográficas y clínicas con un grupo de cáncer colorrectal esporádico.

Materiales y métodos: Estudio comparativo, descriptivo y retrospectivo, se evaluaron 1519 pacientes con diagnóstico de CUCI de enero de 1987 a junio 2013 de la Clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del INCMNSZ. Se analizaron todos los casos que desarrollaron cáncer colorrectal y se compararon con 100 pacientes al azar con cáncer colorrectal esporádico de un total de 614 expedientes. Se compararon las características demográficas, clínicas, histopatológicas, oncológicas y mortalidad de ambos grupos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® versión 19.

Resultados: La frecuencia de cáncer colorrectal fue de 0,72% (11 de 1.519) en pacientes con CUCI, el tiempo promedio entre diagnóstico de CUCI y desarrollo de cáncer colorrectal fue de 13 años. Al comparar las características se encontró que la edad al diagnóstico del cáncer fue más temprana de manera significativa en los pacientes con CUCI en comparación con cáncer esporádico (51 vs. 62 años respectivamente, $p=0,04$). La localización del cáncer fue estadísticamente diferente, ya que se encontró en los pacientes con CUCI en el colon transverso en 4 de 11 casos y solamente 2 casos de 100 en cáncer de colon esporádico ($p=0,001$). Otra variable que fue diferente significativamente fue la mortalidad ya que el grupo de cáncer con CUCI se observó en sólo 2 pacientes de 11 comparado con el 55% del grupo de cáncer esporádico ($p=0,02$). El sexo masculino predominó 9 de 11 (81%) en el grupo de cáncer con CUCI comparado con el 48% de los pacientes con cáncer esporádico con una tendencia a la diferencia significativa $p=0,09$. Otras variables no fueron diferentes entre ambos grupos.

Conclusiones: La frecuencia de cáncer colorrectal en los pacientes con CUCI fue del 0,72% en un periodo de 25 años. La edad al diagnóstico del cáncer, la localización de la neoplasia y la mortalidad fueron las características que resultaron significativamente diferentes entre ambos grupos.

ID 183

Enfermedad de Wilson en una paciente con síndrome de Peutz-Jeghers

Yadira Janet González-Paredes, Raúl Eduardo Piña-Aguilar, María Teresa Gorraez-de la Mora y Enory Almanza-Miranda. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. angelus_91@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) (OMIM#175200) se caracteriza por múltiples pólipos hamartomatosos, hiperpigmentación de labios, mucosa oral y falanges y riesgo incrementado de neoplasias. SPJ es un padecimiento autosómico dominante de cáncer familiar que condiciona menos del 1% de cáncer de colon, causado por mutaciones en el gen *STK11*, que regula la vía de mTOR. La enfermedad de Wilson (EW, OMIM#277900) es un padecimiento autosómico recesivo ocasionado por mutaciones en el gen *ATP7B*, una ATPasa membranal transportadora de cobre (Cu). Se presenta con un depósito intracelular de Cu, afectando principalmente hígado y cerebro, pero también puede tener afectación hematológica, renal y esquelética.

Objetivo: Describir la presentación de EW en una paciente con afectación familiar por SPJ.

Caso clínico: Femenino de 11 años con diagnóstico clínico de SPJ a los 7 años de edad por historia familiar materna, hiperpigmentación mucocutánea, poliposis hamartomatosa diseminada [*Consenso europeo: Gut 2010;59:975-86*] con detección de transaminasemia desde los 8 años de edad, enviada a los 9 años a nuestra institución para su estudio. A la exploración con hiperpigmentación melanótica mucocutánea, sin ictericia, sin anillos de Kayser-Fleischer, sin visceromegalias. Presentaba AST 268 U/L, ALT 314 U/L, GGT 492 U/L, FA 485 U/L, proteína total 6,6 g/dL, albúmina 4,5 g/dL, BT 0,4 mg/dL, BD 0,1 mg/dL, TP 10,4", TPT 27,3", INR 0,8%. Serología negativa para hepatitis A, B y C, Ig G + e IgM - para virus de Epstein Barr, ANA, antiDNA, anti ML, anti mitocondriales negativos. Ultrasonido abdominal con hígado homogéneo con aumento en la ecogenidad, vía biliar normal, colangiorenancia: sin alteraciones. RM cerebral normal. Ceruloplasmina 32,5 (20-60 mg/dL), cobre sérico 2.043 mg/L (700-1750), cobre urinario 1.050 µg/dL (15-60). Biopsia hepática con puentes de tejido fibroso, degeneración globosa, cuerpos de Mallory-Denk, gránulos de proteína fijada al cobre que se tiñe de café oscuro con la técnica de orceína, compatible con EW. Cuantificación de Cu hepático 80 µg/g (10-35). Se consideró el diagnóstico de EW [*Hepatology 2008;47:2089-111*] e inició tratamiento con D-penicilamina a 20 mg/Kg/día mejorando AST 75 U/L y ALT 75 U/L 3 meses después de su inicio.

Conclusiones: Este es el primer reporte de presentación simultánea de EW y SPJ. El SPJ pediátrico es un desafío para el tratamiento y seguimiento. Por otro la EW requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico, en la presentación pediátrica la principal manifestación es la hepática, y posteriormente pueden desarrollarse manifestaciones neurológicas. Existen criterios establecidos para diagnosticar EW, una ceruloplasmina normal no excluye el diagnóstico y se encuentra indicado completar el abordaje con cuantificación de Cu urinario, el Cu hepático es indicador, pero su confiabilidad es menor en casos de cirrosis hepática. En este caso se requiere completar el estudio molecular de *ATP7B*, pero la respuesta al tratamiento sugiere fuertemente el diagnóstico de EW. El pronóstico en esta paciente dependerá no sólo de la estabilización del daño hepático, sino de las complicaciones de SPJ.

ID 185

Derivación espontánea Porto-suprarrenal. Circulación colateral portosistémica y trasplante hepático. Presentación de un caso

Víctor Jose Visag-Castillo, Luis Navarro-Vargas, Ana Lorena Noriega-Salinas, Agustín Vintimilla-Moscoso, Jessica Herrera-Rodríguez, Aczel Sánchez-Cedillo, Ignacio García-Juárez, Alan Gabriel Contreras-Saldívar y Mario Vilatobá-Chapa. Departamento de Trasplantes Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. victor_visag@hotmail.com

Antecedentes: En presencia de hipertensión portal comúnmente se desarrollan conexiones vasculares porto-sistémicas debido a un aumento en las resistencias vasculares intrahepáticas; se han descrito en la literatura diferentes tipos de derivaciones, los sistemas venosos colaterales de mayor importancia abdominales son el sistema coronario-ácigos, sistema umbilical que pueden producir el síndrome de Cruveilhier-Baumgarten, las venas de Retzius o pedículo posterior, las venas de Sappey y el sistema hemorroidal superior, medio e inferior; entre ellos los esplenorenales son los más comunes. La presencia y tamaño de estas derivaciones en candidatos para trasplante hepático deben de ser identificadas utilizando estudios en el protocolo de estudio para trasplante hepático.

Objetivo: presentar el caso clínico de un paciente receptor de trasplante hepático ortotópico (THO) en quien durante el protocolo de estudio se identificó una derivación espontánea porto-suprarrenal y su importancia durante el procedimiento quirúrgico.

Materiales y métodos: Se describe el caso clínico de un paciente masculino de 57 años, con diagnóstico de cirrosis hepática secundaria a consumo de alcohol y hepatocarcinoma segmento hepático VII tratado utilizando ablación con radiofrecuencia y quimioembolización, O + sometido al protocolo de estudio para trasplante hepático en el INNEMZ durante el mismo se identificó una lesión focal en el. Asimismo, al continuar con el protocolo de estudio se identifica mediante tomografía computada y ultrasonido Doppler una derivación espontánea porto-suprarrenal derecha. Se realiza trasplante hepático ortotópico; no se identificaron variaciones anatómicas vasculares en el injerto. En el receptor se identifica una arteria hepática, porta permeable, con flujos normales; se identifica un shunt porta-suprarrenal. Durante la manipulación y resección del mismo presenta hemorragia por lo que se es necesario realizar adrenalectomía derecha controlando así la hemorragia. El paciente permanece en unidad de terapia intensiva y hospitalización para finalmente darlo de alta para seguimiento por consulta.

Conclusiones: Las derivaciones porto-sistémicas espontáneas son hallazgos comunes en pacientes cirróticos; el sistema venoso adrenal forma parte de las derivaciones porto-sistémicas colaterales que pueden presentarse secundario a hipertensión portal, la tomografía computada es el mejor estudio para identificarlos, caracterizarlos y diferenciarlos de tumores adrenales. Actualmente se realizan tomografía trifásica con reconstrucciones 3D, así como ultrasonografía y posterior medición de flujos durante el trasplante para la caracterización de estos shunts. Se han descrito diversas derivaciones porto-sistémicas siendo la más común la espleno-renal, sin embargo a conocimiento de los autores y después de una búsqueda sistematizada, no se encontró reportado ninguna derivación portosistémica espontánea porto-suprarrenal derecha por lo que decidimos reportar la importancia de esta derivación espontánea porto-sistémica en el contexto del trasplante hepático.

ID 186

Curso clínico de las infecciones por rotavirus en población adulta

Liz Nicole Toapanta-Yanchapaxi, Carlo Andrés Briones-Torres, Brenda Viridiana Balderas-Garcés, María del Carmen Manzano-Robleda, Sofía Órnelas-Arroyo, Ylse Gutiérrez-Grobe, Justo Fernández-Rivero, Nancy Aguilar-Olivos, Miguel Motola-Kuba, Misael Uribe-Esquivel y Norberto Carlos Chávez-Tapia. Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F. lt1083@hotmail.com

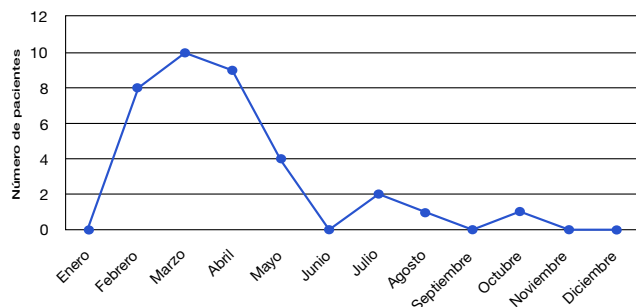
Introducción: El rotavirus es un virus no encapsulado clasificado dentro de la familiar Reoviridae. Se considera que en niños menores de 2 años, la mitad de los casos de diarrea que requieren admisión son por infecciones por rotavirus, sin embargo en adultos no se ha apreciado el papel de las infecciones virales fuera de brotes. **Objetivo:** Describir la presentación y evolución de pacientes mayores de 18 años con infección por rotavirus.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el cual se analizaron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de rotavirus mediante serología. Se excluyeron los pacientes que únicamente acudieron para la realización del examen por Consulta Externa. Se obtuvieron datos epidemiológicos, de laboratorio, y se realizó el cálculo de marcadores de morbilidad (índice de Charlson) y se valoró la evolución y las complicaciones. Los datos se describen con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Se incluyeron treinta y 5 pacientes. La edad promedio fue de 52 años, con predominio de mujeres 54% (n=19). Sólo 11% (n=4) presentaba comorbilidades, y 6% (n=2) con exposición a niños. El cuadro clínico se caracterizó por diarrea, dolor abdominal y náusea. Con $21,3 \pm 9,9$ evacuaciones por día. La estancia promedio fue de $2,3 \pm 1,6$ días. Con relación al uso de antibióticos, hasta un 54% (n=19), tuvieron prescripción antes del diagnóstico. Ningún paciente tuvo estancia en unidad de cuidados intensivos y no se reportó mortalidad (fig. 1).

Conclusiones: Los pacientes con infección por rotavirus muestran un cuadro clínico con gran sintomatología, lo cual genera atención hospitalaria.

Figura 1 Distribución de rotavirus.



ID 189

Expresión proteica de las metaloproteínas 10 Y 23B en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Lizzette del Carmen Alfaro-García, Gabriela Fonseca-Camarillo, Jannette Furuzawa-Carballada y Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. lnalfaro@gmail.com

Antecedentes: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad que afecta al tracto gastrointestinal con un curso crónico e incurable, cuya etiología se desconoce. Las metaloproteínas (MMPs) son una familia de endopeptidasas dependientes de zinc y calcio responsables de la degradación de la matriz extracelular y en

la producción de lesiones y remodelación de tejidos. Las MMPs son excretadas por tejido conectivo y células proinflamatorias. Específicamente, la MMP-10 o estromelina 2 degrada las fibras de colágeno, laminina, gelatinasa y fibronectina y la MMP23b es de tipo transmembranal II y se ha observado en próstata, cerebro y cáncer de mama. El objetivo del trabajo fue determinar la expresión proteica de las Metaloproteínas 10 y 23b en tejido intestinal de pacientes con EII.

Materiales y métodos: Se estudiaron 20 pacientes con el diagnóstico confirmado de EII (10 CUCI y 10 enfermedad de Crohn con actividad grave) a quienes se les había realizado tratamiento quirúrgico por complicaciones agudas de la enfermedad o refractariedad al tratamiento médico así como 10 pacientes controles (que no presentaran datos de ningún tipo de colitis: infecciosa, post radiación, isquémica). A partir de piezas quirúrgicas de intestino delgado y colon se realizaron cortes de los bloques de parafina. La detección de la proteína *in situ* se realizó mediante la técnica de inmunohistoquímica con anticuerpos específicos de MMP 10 y MMP23b. Para el análisis estadístico se realizó por medio del método Holm Sidak.

Resultados: El análisis inmunohistoquímico mostró incremento en la expresión de MMP10 en la capa muscular (CUCI vs. Crohn $p=0,004$ y Crohn vs. Controles $p=0,012$) y en la capa serosa (CUCI vs. Crohn $p=0,045$) y la MMP23 en la capa serosa (Crohn vs. CUCI $p=0,023$), en la capa muscular (Crohn vs. CUCI y Crohn vs. Control $p<0,001$ en ambas) y en la mucosa Crohn vs. CUCI ($p=0,011$). Los pacientes con CUCI presentaron infiltrados inflamatorios abundantes, predominantemente de células mononucleares, las cuales se extendían desde la capa serosa hasta la mucosa, siendo más abundantes a nivel del epitelio y la serosa. En el grupo control, las características histopatológicas del colon fueron normales.

Conclusiones: La expresión proteica de las MMP10 y MMP23B está incrementada en forma significativa en pacientes con EII lo que sugiere que estas proteínas posiblemente participen en la reparación de la mucosa intestinal.

ID 190

Efectos secundarios en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con terapia biológica: nuestra experiencia

Victoria Alejandra Jiménez-García, María Jesús Carrillo-Ramos, Rocío Beltrán-Castaño, Calixto Duarte-Chang, Belén Maldonado-Pérez, Luisa Castro-Laria, Federico Argüelles-Arias, Antonio Benítez-Roldán, Ángel Caunedo-Álvarez, Francisco Pellicer-Bautista y Juan Manuel Herreras-Gutiérrez. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España. drajimenezg@hotmail.com

Introducción: Infiximab y adalimumab son anticuerpos monoclonales anti-TNF que han demostrado eficacia en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Objetivos: Analizar los efectos secundarios en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) tratados con terapia biológica en nuestro centro.

Material y métodos: Trescientos cuarenta y cinco pacientes con EII fueron incluidos. Desde febrero del 2000 a marzo de 2012, 255 pacientes (182 con EC y 73 con CU) fueron tratados con Infiximab (5 mg/Kg) mientras que 90 pacientes (86 con EC y 4 con CU) fueron tratados con Adalimumab (40 mg/2 semana) desde enero de 2006 hasta abril de 2012.

Resultados: De los 255 pacientes tratados con infiximab, 121 (47,5%) abandonaron el tratamiento; 27 (10,6%) por efectos secundarios de los cuales 18 eran pacientes con EC y 9 con CU; en el 44% eran efectos menores, el 22% desarrolló urticaria, el 18% infecciones, el 4% hepatotoxicidad, el 4% "lupus like", el 4% psoriasis y el 4% linfoma de células B. De los 90 pacientes tratados con adalimumab

34 (37,7%) abandonaron el tratamiento, 12 (13,3%) debido a los efectos secundarios, todos los pacientes tenían EC; en el 42 eran efectos menores, el 17% desarrolló celulitis, el 9% psoriasis plantar, el 8% meningitis tuberculosa, el 8% neuropatía, el 8% fiebre y el 8% lesiones cutáneas.

Conclusiones: La terapia biológica con anticuerpos anti-TNF es segura en los pacientes con EI, con una tasa de efectos secundarios 10-13% según nuestra experiencia, siendo los más frecuentes de tipo menor, a pesar de ellos existen complicaciones graves por lo que es fundamental un seguimiento estricto en los pacientes con terapia biológica.

ID 191

Factores asociados al desarrollo de displasia en la colitis ulcerativa crónica idiopática

Rosa María Miranda-Cordero, Alineth Anzastiga-Delgadillo, Óscar Barrera-Gómez, Ana Alicia Rosales-Solís y María Sarai González-Huezo. Centro Médico ISSEMyM. Toluca, Edo. Méx., México. moet_rmc@hotmail.com

Antecedentes: La definición de displasia fue propuesta por Riddell en 1983. En la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI), puede desarrollarse a partir de lesiones planas, elevadas, focales o difusas. Los factores de riesgo asociados son la duración y extensión de la enfermedad, antecedente familiar de cáncer colorrectal (CCR) y colangitis esclerosante primaria (CEP). La displasia debe ser confirmada por un segundo patólogo, su presencia incrementa 9 veces la probabilidad de desarrollar CCR (RR: 9,0; IC95%=4,0-20,5).

Objetivo: Analizar los factores asociados al desarrollo de displasia en la CUCI.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de casos-control. Dos grupos: 1. Con displasia confirmada por 2 patólogos. 2. Sin displasia. Se analizaron variables de género, edad, extensión, actividad, tratamiento y evolución de la enfermedad (mayor o menor a 10 años). Análisis estadístico con *ji cuadrada* en tablas de 2 x 2.

Resultados: Setenta y nueve pacientes con CUCI, 42 (53,1%) del género femenino y 37 (46,8%) masculino. Edad promedio de 42,6 años. No hubo diferencia en cuanto a género ($p=0,57$). No se encontró displasia de alto grado o asociada a lesiones elevadas. Un paciente (1,25%) presentó CCR, 2 años después del diagnóstico. El 7/79 (8,8%), presentaron displasia plana de bajo grado, uno de ellos con CEP. Cinco de 7 tenían más de 10 años de diagnóstico ($p=0,073$). Cinco de 7 con pancolitis. Cuatro de 7 (42,8%), con actividad severa ($p=0,685$). El 100% de los pacientes (grupo 1 y 2) recibieron mesalazina, pero el uso de prednisona, azatioprina y biológicos fue mayor en el grupo 1 ($p=0,001$, 0,022 y 0,001, respectivamente). El manejo de la displasia de bajo grado ha sido conservador y con vigilancia endoscópica cada 3-6 meses. Cuatro de 7 sin evidencia hasta el momento.

Conclusiones: En nuestra población, la displasia plana de bajo grado se presentó en un 8,8%. Los resultados no alcanzaron diferencia estadísticamente significativa entre los 2 grupos, probablemente en relación al tamaño de la muestra. Sin embargo, la mayoría de los pacientes del grupo 1 presentaron actividad más severa, pancolitis y > tiempo de diagnóstico. El uso de inmunomoduladores y biológicos si se correlaciona con displasia, lo que nos habla de enfermedad más complicada. Aunque se ha descrito a la duración de la enfermedad como el factor más importante, incrementando el riesgo de CCR en 4,5% por año, también existen factores protectores como el uso de tiopurinas (RR=0,09; IC95%=0,02-0,33) y mesalazina (RR=0,17; IC95%=0,017-1,01); sobre todo en pacientes con mayor extensión, como nuestra población donde el 43% tienen pancolitis. La mesalazina actúa como quimioprotector, induce la apoptosis e inhibe la carcinogénesis. Se ha comparado a la displasia de bajo

grado con el esófago de Barrett, al emplear dosis altas de mesalazina para revertir la inflamación. Es probable que no encontremos lesiones más avanzadas debido a que todos los pacientes, se encuentran con tratamiento médico y con vigilancia endoscópica de acuerdo a las guías vigentes.

ID 192

Prevalencia, características y relación temporal del cáncer de páncreas asociado a diabetes mellitus, en una población Mexicana del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Eliseo Neftali de la Cruz-Escobar, Jorge Hernández-Calleros y Félix Ignacio Téllez-Ávila. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. eliseo_md@hotmail.com

Antecedentes: El cáncer de páncreas (CaPa) es la 4° causa de muerte por cáncer. Los pacientes con diabetes mellitus de larga evolución presentan un riesgo mayor de presentar neoplasias malignas. Se ha reportado que hasta el 75% de los pacientes con CaPa tiene intolerancia a la glucosa o diabetes franca. Los pacientes con diabetes de reciente inicio definida como los primeros 5 años al diagnóstico es hasta 8 veces más frecuente la coexistencia de CaPa, por lo que actualmente se considera como una manifestación temprana, sin embargo no se conoce la prevalencia, las características clínicas y la relación temporal que existen entre el CaPa y la diabetes en la población mexicana.

Objetivo: Describir la prevalencia, características y la relación temporal entre el diagnóstico de DM y cáncer de páncreas en una población mexicana del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" durante el periodo de 1999 a 2012.

Materiales y métodos: Estudio observacional, trasversal y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" que tengan expediente en el que se compruebe el diagnóstico de CaPa y diabetes mellitus durante el periodo de 1999 a 2012. Se realizó una base de datos en la cual se incluyeron las variables a analizar. El análisis estadístico de las variables cualitativas se describió mediante frecuencias relativas y absolutas. Se describieron medias, medianas, rango y desviación estándar según corresponda. Estableciendo límites de confianza del 95%.

Resultados: Se registraron durante este periodo 958 con diagnóstico de CaPa, de los cuales 138 pacientes tenían diagnóstico de diabetes, lo cual representa una prevalencia de 14%. La diabetes de reciente inicio (menor de 5 años) fue identificada en el 62,3% (n:86), de los cuales al 23,9% (n:33) se les realizó el diagnóstico de diabetes al mismo tiempo que el de CaPa. La edad media de presentación fue de 65,3 años, no se encontró diferencia por género. La historia familiar de cáncer fue reportada en el 63,8% (n:88). El tabaquismo fue encontrado en el 61% (n:84), con un índice tabáquico de $12,6 \pm 23,5$. Al diagnóstico el 87% (n:120) tenía metástasis, el lugar más frecuente de metástasis fue el hígado 34,7% (n:48).

Conclusiones: La prevalencia de diabetes mellitus en pacientes con diagnóstico de CaPa del INCMNSZ es inferior a la reportada en otros países, sin embargo la mayoría de los pacientes tiene diabetes de reciente inicio (menor de 5 años). El tabaquismo y la historia familiar de cáncer fueron las características más prevalentes en nuestra población.

ID 193

Síndrome de sobreposición de hepatitis autoinmune-cirrosis biliar primaria: estudio retrospectivo en un hospital de 3° nivel en México

Carlos Moctezuma-Velázquez, Ignacio García-Juárez, Karen Murguía-Hernández, Paris Ramos-Martínez, Johanna Sauma-Rodríguez, Arturo Ángeles-Ángeles y Eric López-Méndez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. scorpiomv_16@hotmail.com

Antecedentes: La sobreposición de las hepatopatías autoinmunes no tiene criterios diagnósticos bien establecidos, o estrategias terapéuticas determinadas, pero son pacientes con una mala respuesta a tratamiento. La frecuencia de sobreposición de hepatitis autoinmune con cirrosis biliar primaria es de 7%-13%, y se caracteriza por una hepatitis autoinmune con antimitocondriales, colestasis o daño biliar en biopsia. Los Criterios de París tienen sensibilidad y especificidad para diagnóstico de sobreposición CBP/HAI de 92% y 97%, aunque algunos autores consideran que carecen de sensibilidad suficiente. Esta sobreposición se acompaña de otras enfermedades autoinmunes hasta en el 43%, como Sjögren o AR. Estos pacientes tienen antimúsculo sólo en 10%, el 42% tienen elevación de IgM, tienen positividad concomitante de anti DNA-ds y antimitocondriales en 47%, con especificidad del 98%. En México se ha determinado que el HLA DRB1*07 es capaz de discriminar los pacientes con sobreposición de los de HAI1, pero no hay más información acerca de las características de estos pacientes en México.

Objetivo: Determinar las características predominantes del síndrome de sobreposición CBP/HAI en un hospital de 3° nivel en México. **Materiales y métodos:** Es un estudio observacional, descriptivo. Se hizo una búsqueda en archivo clínico de pacientes que tuvieran el diagnóstico de síndrome de sobreposición HAI-CBP. Se obtuvieron en total 24 registros.

Resultados: El diagnóstico se basó en la presencia de hepatitis autoinmune con colestasis (fosfatasa alcalina > 2 LSN y/o GGT > 5 LSN) y biopsia compatible, se descartó colangitis esclerosante con imagen. La mediana de la edad al diagnóstico 49 (23-67), 88% (21/24) fueron mujeres. Ningún paciente se diagnosticó en fase de cirrosis. Valores promedio de bilirrubina total 3,5 mg/dL (0,3-31), fosfatasa 449U/l (58-2219), GGT 439 (24-1665), antimitocondriales en 9/24 con media 83 (5-258), inmunoglobulinaM 537 mg/dL (16-1710), ALT 125, AST 132 y albúmina 3,5 g/dL. Una 3° parte presentó ANAs, sin patrón predominante, y una paciente tuvo ASMA. Clínicamente 38% con prurito, 58,3% fatiga, 17% ictericia y poliartalgias cada uno, un caso hiperpigmentación; un caso con Sjögren y otro con Crest. El seguimiento promedio fue 38 meses (7-93), murieron 2 pacientes por complicaciones de la hepatopatía (progresión). Todos los pacientes recibieron prednisona y ácido ursodeoxicólico, éste se suspendió en 3.

Conclusiones: Se encontró una baja prevalencia de anticuerpos antimúsculo y de comorbilidades autoinmunes. El patrón predominante fue el colestásico, en lo cual se basó el diagnóstico de SSP. Es necesario comparar las características de esta población con las de pacientes que sólo tengan HAI o CBP para definir la validez de los criterios actualmente utilizados en nuestro país y para determinar algún marcador adicional que ayude a realizar la distinción entre estas entidades (CBP/HAI) ante la presencia de HAI autoinmune con colestasis.

ID 196

Singulto, como manifestación cardinal en esofagitis por virus del herpes simple

Elizabeth Baganza-Torio, Armando Alonso-Martínez y Jesús Gerardo López-Gómez. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. ebuganza@hotmail.com

Antecedentes: Las esofagitis son normalmente secundarias a condiciones no infecciosas como enfermedad por reflujo gastroesofágico; las infecciones esofágicas ocurren en inmunocomprometidos

(quimioterapia, trasplante o virus de inmunodeficiencia adquirida [VIH]). Los agentes causales de esofagitis con mayor frecuencia son *Cándida*, Citomegalovirus (CMV) y virus herpes simple (HS). La esofagitis por HS puede ser resultado de diseminación a la mucosa esofágica vía el nervio vago o por vía directa oro-faríngea. En pacientes inmunocomprometidos ocurre con mayor frecuencia en pacientes postrasplante e inmunosupresión.

Objetivo: Reconocer las manifestaciones clínicas atípicas iniciales más frecuentemente asociadas a esofagitis por virus de herpes simple.

Materiales y métodos: Reporte de caso: Masculino 73 años con diagnóstico de leucemia linfocítica crónica diagnóstico en enero 2013 RAI II BINET A posterior al 6° ciclo de quimioterapia a base de ciclofosfamida/fludarabina. Quien inicia su padecimiento actual en junio 2013 con singulto de 2 semanas de evolución sin respuesta a tratamiento convencional a base de clorpromazina, metoclopramida y lidocaína, por lo que se decide su ingreso al Servicio, donde se solicita panendoscopia, evidenciando úlcera en unión gastroesofágica, a la cual se toma biopsia. El reporte histopatológico: esofagitis por virus de herpes simple; por lo se inicia tratamiento a base de aciclovir intravenoso remitiendo la sintomatología gastrointestinal a la semana de tratamiento, siendo egresado de nuestro Servicio.

Resultados: Las manifestaciones clínicas de la esofagitis por herpes simple que se debe tener en cuenta son odinofagia y/o disfagia, dolor retro esternal, fiebre y singulto intratable; las complicaciones más frecuentes son la fístula traqueo-esofágica y la impactación. El diagnóstico histopatológico incluye células gigantes multinucleadas con núcleo en vidrio esmerilado e inclusiones eosinofílicas (inclusiones de cuerpos de Cowdy tipo A) que ocupan la mitad del volumen nuclear. Se debe realizar diagnóstico diferencial con CMV, *Cándida* o por medicamentos. El tratamiento estándar es aciclovir 400 mg 5 veces al día por 14-21 días. En caso de resistencia por mutaciones de la timidin kinasa se debe administrar foscarnet.

Conclusiones: La importancia del caso radica en reconocer las manifestaciones atípicas más frecuentemente asociadas a las esofagitis infecciosas en pacientes con factores de riesgo, quienes pueden tener singulto como manifestación inicial, el cual puede pasar desapercibido, ya que la manifestación clínica más frecuentemente asociada es la disfagia, teniendo la necesidad de realizar panendoscopia inicial con toma de biopsia para así obtener diagnóstico histopatológico oportuno.

ID 197

Malondealdehído del laboratorio al consultorio: análisis de su utilidad clínica en el estudio de pacientes con esteatohepatitis no alcohólica

Leonardo Alberto Martínez-Rodríguez, Rosa María Muñoz-Fuentes y Aldo Torre-Delgadillo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México D.F. dr_Leo10@hotmail.com

Antecedentes: La peroxidación lipídica y estrés oxidativo están implicadas en la esteatohepatitis alcohólica (NASH), los radicales libres cuando son medidos sirven como biomarcadores indirectos de estrés oxidativo, entre estos productos está el malondealdehído (MDA) el cual es altamente citotóxico debido a su capacidad de unirse a proteínas o ácidos nucleicos. Se ha descrito que niveles de MDA podrían representar a los índices de actividad y progresión en NASH sin embargo la variabilidad de ensayos y falta de técnicas estandarizadas en centros especializados han limitado su uso a estudios de investigación.

Objetivo: Comparar y determinar el comportamiento de niveles séricos de MDA en sujetos sanos comparados contra pacientes con NASH, establecer valores de referencia para la aplicación en nuestro medio e ilustrar los alcances en la práctica clínica de esta prueba.

Materiales y métodos: Estudio de casos y controles, transversal realizado en sujetos sanos "donadores" y pacientes con NASH del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". El procedimiento de validación de la prueba y estandarización de la misma duró un año previo al inicio del estudio. El diagnóstico EHGNA fue establecido-estadiado con biopsia hepática y fue descartado con ultrasonografía en los controles. Se hizo análisis univariado de comparación de medianas, análisis de correlación, análisis de fuerza de asociación, se indagó sobre la utilidad del MDA como prueba diagnóstica mediante cálculo de sensibilidad, especificidad, razones de verosimilitud, curvas ROC y se propuso mediante percentiles los valores de referencia.

Resultados: Se analizaron 40 casos por 211 controles, 133(53%) mujeres y 118 hombres (47%), del total de NASH 2 fueron grado 1, 18 grado 2 y 20 grado 3, la mediana de edad fue de 31 para el grupo de controles por 47 del grupo de casos, la mediana de MDA en el grupo de controles fue de 0,43 por 0,67 para el grupo de casos ($p<0,001$), la mediana de edad de los sujetos sanos fue menor que la mediana de edad de los que tuvieron cualquier grado de esteatosis, la correlación entre edad y MDA fue de 0,03 ($p=0,32$), la correlación entre grado de esteatosis y MDA fue de 0,43 ($p<0,001$). El 75% de los NASH tuvieron cifras mayores a 0,44 vs. 46% de los sujetos sanos (OR=3,5; IC95%=1,6-7,5; $p<0,001$). La sensibilidad calculada fue de 75%, especificidad de 54%, VPP de 20, VPN 23 (para una prevalencia de 20%) y AUC de 70% ($p<0,001$). Los valores de referencia se proponen de 0,24-0,65 micromoles por litro.

Conclusiones: Dada la correlación aceptable del MDA con NASH independientemente del sexo, la asociación de riesgo, y las diferencias con sujetos sano; se podría justificar su empleo para monitorizar clínicamente al paciente con NASH pre-postratamiento y no sólo con fines de investigación. Los resultados descartan la utilidad de este marcador como prueba diagnóstica.

ID 198

La expresión génica del fosfoenolpiruvato carboxinasa 1 (PCK1) está disminuida en la mucosa colónica de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática

Lizette del Carmen Alfaro-García, Gabriela Fonseca-Camarillo, Rafael Barreto-Zúñiga y Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. Inlalfaro@gmail.com

Antecedentes: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria que afecta la mucosa del colon y cuya etiología se desconoce, sin embargo, se ha postulado que es una enfermedad multifactorial. En esta enfermedad se han descrito alteraciones genéticas, inmunológicas y metabólicas. El PCK1 (fosfoenolpiruvato carboxinasa 1) es un gen cuya expresión puede ser inducida por diversos factores como: la insulina, los glucocorticoides, el glucagón, AMP cíclico y la dieta. El tratamiento de los pacientes con CUCI está basado en el uso de esteroides en pacientes con actividad de moderada a grave. Actualmente se desconoce el papel de este gen en pacientes con CUCI.

Objetivo: Determinar la expresión génica en mucosa colónica de PCK1 en pacientes con CUCI.

Materiales y métodos: Se incluyeron un total de 33 pacientes con el diagnóstico confirmado de CUCI por histopatología (20 activos y 13 remisión) y 23 pacientes controles que no presentaran datos de ningún tipo de colitis: infecciosa, posradiación, isquémica). A partir de tejido intestinal se extrajo el ácido ribonucleico (ARN) total, se obtuvo ácido desoxirribonucleico (ADN) de cadena complementaria mediante reacciones de cadena de la polimerasa (PCR) y la cuantificación relativa de la expresión se realizó a través de PCR en tiempo

real para el gen *PCK1* y el gen de referencia *GADPH*. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® versión 20.

Resultados: La expresión del gen *PCK1* se encontró significativamente disminuida en pacientes con CUCI activo en comparación con los pacientes con CUCI en remisión ($p=0,002$) y controles ($p=0,01$). Interesantemente, la expresión génica baja de *PCK1* se encontró asociada de manera significativa con la actividad histológica ($p=0,01$; RM=14,66; IC95%=1,58-135,3) en pacientes con CUCI activo comparado con CUCI en remisión. Más aún, la asociación fue más fuerte entre la expresión baja del gen *PCK1* con la actividad histológica comparando CUCI activo con el grupo control ($p=0,003$; RM=26,88; IC95%=3,0-240,0). De los 33 pacientes con CUCI (20 CUCI activos con una edad media de 43,9 ± 12,24 años y 13 CUCI en remisión con edad media de 43,46 ± 16,91 años). Fueron 25 hombres y 18 mujeres. La extensión de la enfermedad más frecuente fue pancolitis en el 48,5% y en relación a las manifestaciones extra-intestinales estuvieron presentes en el 51%.

Conclusiones: La expresión del gen de *PCK1* se encontró disminuida en pacientes con CUCI activo. Este gen parece estar involucrado en el proceso inflamatorio de la CUCI.

ID 200

Colestasis intrahepática recurrente benigna: un reporte de caso

Camilo Guillermo Guerrero-Velásquez, José Fernando Castro-Gómez, Daniel Ruiz-Romero, Juan Francisco Sánchez-Ávila y Erick López-Méndez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. drguerrero2000@yahoo.es

La colestasis intrahepática familiar es un grupo heterogéneo de desórdenes hepáticos autosómicos recesivos caracterizados por colestasis intrahepática, las cuales se dividen en 3 principales grupos: colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC), colestasis intrahepática recurrente benigna (BRIC) y colestasis intrahepática del embarazo (ICP). La colestasis intrahepática recurrente benigna está caracterizada por colestasis recurrente con ictericia y prurito severo, se subclasifica en BRIC tipo 1 y tipo 2, asociada con mutaciones en el gen *ATP8B1* (*BRIC 1*) y el gen *ABCB11* (*BRIC 2*).

El caso reportado se trata de una mujer mexicana de 32 años de edad con antecedentes de prurito en el embarazo previo, que acudió con colestasis intrahepática con gammaglutamiltransferasa (GGT) normal, con virología para hepatitis viral negativa, serología para hepatopatía autoinmune negativa, así como ceruloplasmina normal, la paciente negó cualquier abuso de drogas o alcohol y sin antecedentes familiares de enfermedades hepáticas; se reportó una vía biliar intacta por colangiografía, colestasis canalicular en la biopsia hepática y ácidos biliares totales de 265µmol/L con ácido queno dedeoxicólico 63,7 µmol/L. Se hizo diagnóstico de colestasis intrahepática recurrente benigna (síndrome de Summerskill-Walsh-Tysgtrup), se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico a 15 mg/Kg/día con resolución de la colestasis clínica y bioquímica.

ID 201

Psicopatología y calidad de vida relacionada con salud en pacientes con dolor torácico funcional

Nayeli Xochiquetzal Ortiz-Olvera, Marina González-Martínez, Felipe Vázquez-Estupiñán, Irma Corlay-Noriega, Julio Pérez-de la Cerna y Antonio Ruiz-de León Antonio. UMAE, HE CMN SXXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F. nayeliortiz@yahoo.com.mx

Antecedentes: El dolor torácico no cardíaco (DTNC) frecuentemente tiene su origen en el tracto gastrointestinal. Los pacientes con DTNC presentan comorbilidad psicológica hasta en el 75% de los casos. La calidad de vida relacionada con salud (CVRS) en pacientes con DTNC y trastornos funcionales digestivos (TFD) se afecta significativamente al compararse con sujetos sanos, tanto como en otras enfermedades crónicas.

Objetivo: conocer la comorbilidad psicológica y evaluar la CVRS en pacientes con dolor torácico funcional (DTF).

Materiales y métodos: se incluyeron pacientes >18 años con DTF, el diagnóstico se estableció con base a los criterios de Roma III, con al menos 2 eventos de dolor retroesternal, no urente, en los pasados 3 meses, una vez descartado enfermedad coronaria. Los pacientes fueron valorados por un psiquiatra y diagnosticados con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV); adicionalmente se aplicaron escalas para evaluar ansiedad y depresión. Se aplicó el cuestionario SF-36 en todos los pacientes durante su primera evaluación, y los resultados se compararon con un grupo control de sujetos sanos sin patología gastrointestinal (prueba de Kruskal-Wallis).

Resultados: Incluimos 12 pacientes (11 mujeres; edad promedio de 49,7 ± 12,1 años). Los síntomas frecuentemente asociados a DT fueron: pirosis 71% y disfagia 64%. La frecuencia de psicopatología asociada a DTF fue del 73% (n=8); los trastornos depresivos y el síndrome ansioso-depresivo fueron los más frecuentes. Los pacientes con DTF presentaron deterioro en su calidad de vida, comparado con sujetos sanos, y los dominios más afectados son: la función física, el rol físico, dolor corporal, la percepción general de salud, y la subescala de salud mental (tabla 1).

Conclusiones: La alta frecuencia de psicopatología encontrada en DTF apoya el abordaje integral y multidisciplinario del dolor torácico. Los pacientes con DTF y psicopatología tienen mayores niveles de dolor corporal, mayor limitación física y pobre percepción de salud general que los pacientes sin psicopatología.

Agradecimientos: A la Asociación Mexicana de Gastroenterología y Menarini, por la Beca México-España Menarini Exchange 2012.

Tabla 1 Resultados

SF-36	Sanos sin síntomas GI (n=50)	Sin psicopatol (n=4)	Trastornos depresivos (n=4)	Síndrome ans-dep (n=3)	Síndrome ansioso (n=1)	Valor de p
Función física, md	91,3*	79*	78*	73*	75*	0,01*
Rol funcional, md	84,6*	75*	50*	38*	0	0,03*
Dolor corporal, md	83,3*	65*	46*	42*	32*	0,01*
Salud gral, md	67,8*	52*	45*	35*	25*	0,007*
Vitalidad, md	72,9	60	60	53	70	0,13
Función social, md	85,6	66	69	81	63	0,24
Rol emocional, md	66,1	67	33	67	0	0,32
Salud mental, md	74,5	68	52	54	68	0,12
MCS, md	53,5*	44*	44*	37*	34*	0,008*
PCS, md	48,2	46	39	46	42	0,46

ID 204

Factores asociados a mortalidad hospitalaria en pacientes con cirrosis hepática complicada

Jesús Emmanuel Olalde-Saucedo, Lorena Paniagua-Martínez, Germán Huerta-Hernández, Helena Martínez-López, Eira Cerda-Reyes y Julián Gonzalo Gándara-Calderón. Escuela Médico Militar, Hospital Central Militar. México, D.F. olalde3@hotmail.com

Antecedentes: La cirrosis hepática es la 3ª causa de mortalidad en nuestro país. La cirrosis hepática tiene complicaciones como lo son: la ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía hepática, hipertensión portal, hemorragia variceal, síndrome hepatorenal y carcinoma hepatocelular, por lo que determinar el pronóstico tiene influencia significativa en la elección de la terapéutica de los pacientes.

Objetivo: Identificar cuáles son los factores asociados a mortalidad hospitalaria en pacientes con cirrosis hepática complicada.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática hospitalizados en la sala de Gastroenterología del Hospital Central Militar durante el periodo comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2012, que hayan presentado complicación de la cirrosis (encefalopatía hepática, hemorragia variceal, peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal, entre otros) como diagnóstico de ingreso hospitalario. Los datos clínicos y de laboratorio se recabaron de las primeras 24 horas de estancia hospitalaria. Los grupos fueron analizados usando la prueba *ji cuadrada* para variables categóricas. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS® versión 19.

Resultados: Se incluyeron 335 pacientes hospitalizados con diagnóstico de cirrosis hepática durante el periodo de estudio. Ciento sesenta y ocho pacientes del sexo masculino (50,1%) y 167 del sexo femenino (49,9%) ($p > 0,05$). Ciento ochenta y uno (54%) en el grupo de edad entre 60-79 años. Diagnóstico de ingreso de cirrosis hepática y hepatopatía en 234 (69,8%), vórices esofágicas en 65 (19,4%), encefalopatía hepática en 21 (6,3%), hepatocarcinoma en 7 (2,1%), ascitis en 3 (0,9%), anemia en 3 (0,9%) y peritonitis bacteriana espontánea en 2 (0,6%). Etiología: viral 69 (21%), alcohol 255 (76%) y criptogénica 11 (3%). Dentro de los diagnósticos de egreso: cirrosis hepática en 274 (82%), insuficiencia hepática crónica agudizada (IHCA) en 45 (13%) y hepatocarcinoma en 16 (5%). Mejoría en 266 (79%), defunción en 69 (21%). De las defunciones, 44 (63,8%) por IHCA, 16 (23,2%) por hepatocarcinoma y 9 (13%) por hemorragia variceal. Dentro de los parámetros bioquímicos, 47 (14%) con bilirrubina total ≥ 5 mg/dL, 52 (15,5%) con albúmina sérica $\leq 2,0$ g/dL y 23 (6,9%) con INR $\leq 1,2$.

Conclusiones: El factor principal asociado a mortalidad de acuerdo a los resultados del estudio es presentar a su ingreso insuficiencia hepática crónica agudizada (IHCA) o presentar un hepatocarcinoma. No hay predominio en algún género. La encefalopatía hepática, ascitis, hepatocarcinoma y hemorragia digestiva son las principales causas de descompensación de la enfermedad hepática.

ID 205

Migración intracavitaria de malla, presentación atípica

Victoria Alejandra Jiménez-García, Alba Belda-Cuesta, Manuel Rodríguez-Téllez, Juan Antonio Díaz-Milanés, José Manuel Castillo-Tuñón, Ángel Caunedo-Álvarez, Francisco Pellicer-Bautista, Antonio Domínguez-Amodeo y Juan Manuel Herrerías-Gutiérrez. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España. drajimenezg@hotmail.com

Antecedentes: La hernioplastia sin tensión con malla de polipropileno tipo Plug constituyó en sus orígenes una novedosa técnica para tratar los defectos de pequeño tamaño de pared abdominal. Sin embargo no está exenta de complicaciones, entre ellas la migración intracavitaria de la malla.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 51 años sometido a hernioplastia inguinal izquierda en el año 2005 utilizando malla de polipropileno tipo Plug. Ante intenso dolor en fosa ilíaca izquierda, disuria y pérdida de peso se realiza TAC de Abdomen objetivándose lesión de aspecto neoplásico en cara anterior de la vejiga y sigma. Tras cistoscopia normal, se realiza colonoscopia observando gran orificio fistuloso que comunica la malla con la luz del colon sigmoides. Se repite TAC de Abdomen que confirma la presencia de malla quirúrgica situada entre sigma y pared antero-izquierda de la vejiga.

Conclusiones: La hernioplastia sin tensión con malla de polipropileno tipo Plug tiene bajas tasas de recurrencia, con buena aceptación por parte de los cirujanos, sin embargo entre sus complicaciones se encuentra la migración intracavitaria de la malla, existiendo pocos casos publicados que simulen un proceso neoplásico, como el caso que presentamos.

ID 206

Peritonitis bacteriana espontánea en pacientes con ascitis y cirrosis hepática, en un hospital de segundo nivel

Jacobo Alejandro Castro-Guzmán, Daniela Cárdenas-Araujo. Hospital General de Matamoros "Dr. Alfredo Pumarejo L." H. Matamoros, Tamps., México. jacobo_castro@hotmail.com

Antecedentes: La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una entidad que se asocia a ascitis y generalmente se presenta en pacientes con cirrosis hepática de cualquier etiología, y ascitis de larga evolución, además de tener gran impacto en la sobrevida del paciente.

Objetivo: Estimar la prevalencia de PBE en pacientes con ascitis ingresados al área de Medicina Interna del Hospital General de Matamoros.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo que incluyó pacientes que ingresaron a nuestra sala con diagnóstico de ascitis de marzo del 2011 a Junio del 2013. Se realizó paracentesis diagnóstica en todos los pacientes, solicitando celularidad con diferencial para el diagnóstico de PBE, con 250 polimorfonucleares como criterio. Se incluyeron 55 pacientes, de los cuales se excluyeron 4 por ser causa diferente a hipertensión portal.

Resultados: Fueron 51 pacientes, 74,6% sexo masculino y 25,4% sexo femenino. La edad promedio fue de 54,3 años (31-86 años). El motivo de ingreso de 22 pacientes (43,1%) fue por aumento del perímetro abdominal, 10 ingresaron por hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) (19,6%), 8 por encefalopatía hepática (15,6%), 4 por dolor abdominal (7,8%), 2 por edema de miembros inferiores, 2 por fiebre y 2 por malestar general (3,9%), 1 paciente ingreso por hemorragia de tubo digestivo bajo (1,9%). La etiología de la cirrosis fue la siguiente: 68,6% de origen alcohólico, 17,6% criptogénica, 5,8% por hepatitis B y 3,9% por hepatitis C. La PBE se presentó en 18 pacientes, de los cuales el 38,8% ingresó por aumento de perímetro abdominal, 22% por encefalopatía hepática, 16,6% por HTDA, 11,1% por edema de miembros inferiores, solamente 1 paciente (5,5%) acudió por fiebre, y 1 paciente (5,5%) por dolor abdominal. Del total de pacientes diagnosticados con PBE, el 55% fue defunción, y el resto fue egresado por mejoría.

Conclusiones: La PBE sigue siendo una complicación grave y potencialmente letal en pacientes con ascitis y cirrosis hepática. La

frecuencia encontrada en nuestra casuística se encuentra por encima de lo reportado en la literatura internacional, además de la poca correlación clínica de este cuadro con el motivo de consulta.

Financiamiento: No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio/artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

ID 207

Factores asociados a mortalidad hospitalaria en pacientes con insuficiencia hepática crónica agudizada

Jesús Emmanuel Olalde-Saucedo, Lorena Paniagua-Martínez, Germán Huerta-Hernández, Helena Martínez-López, Eira Cerda-Reyes y Julián Gonzalo Gándara-Calderón. Escuela Médico Militar, Hospital Central Militar. México, D.F. olalde3@hotmail.com

Antecedentes: Los criterios diagnósticos para insuficiencia hepática crónica agudizada (IHCA) son: Bilirrubina total ≥ 5 mg/dL, INR $\geq 1,4$ y un factor descompensante. Existen modelos pronósticos validados en pacientes cirróticos, tales como el MELD, que predice una mortalidad cuenta con un modelo pronóstico estandarizado para predecir mortalidad hospitalaria a corto plazo en pacientes con insuficiencia hepática crónica agudizada. Existen actualmente modelos pronósticos de empleo en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para pacientes críticamente enfermos de 3 meses; o el CPT, que predice una mortalidad a 1 y 2 años; sin embargo, APACHE II, SAPS II, SOFA, no están validados para pacientes con IHCA.

Objetivo: Identificar cuáles son los factores asociados a mortalidad hospitalaria en pacientes con insuficiencia hepática crónica agudizada.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes quienes cumplieron con criterios diagnósticos para insuficiencia hepática crónica agudizada, hospitalizados en la sala de Gastroenterología del Hospital Central Militar durante el periodo comprendido del 1/o. de Enero al 31 de Diciembre del 2012. Los datos clínicos y de laboratorio se recabaron de las primeras 24 horas de estancia hospitalaria. Los grupos fueron analizados usando la prueba *ji cuadrada* para variables categóricas. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS® versión 19.

Resultados: Cuarenta y 5 pacientes fueron hospitalizados con diagnóstico de insuficiencia hepática crónica agudizada, de los cuales 44 fallecieron (97,8%) y 1 egresó por mejoría (0,2%). De acuerdo a la etiología, 39 de etiología alcohólica (86,6%), 5 de etiología viral (11,1%) y 1 criptogénica (2,2%), 27 pacientes del sexo masculino (60%) y 18 del sexo femenino (40%). Motivo de ingreso: 6 con peritonitis bacteriana espontánea (13%), 27 con ascitis leve (60%), 14 con ascitis moderada (31,1%), 4 con ascitis severa (8,9%). Etapa Clínica Child-Pugh (CP) A ningún paciente, B en 10 pacientes (22,2%) y C en 35 pacientes (77,8%). Dos con hepatocarcinoma (4,4%). Trece pacientes ingresaron con hemorragia digestiva (28,9%). Veinticinco pacientes ingresaron con encefalopatía hepática grado I-II (55,6%) y 20 con grado III-IV (44,4%). Sesenta y cinco pacientes presentaron albúmina sérica $\leq 2,5$ g/dL (64%).

Conclusiones: Los IHCA presentaron una mortalidad del 98%, la etiología más común es la alcohólica, el género predominante fue el masculino y un 77% tienen una Etapa Clínica Child-Pugh C y la hipalbuminemia ($\leq 2,5$ g/dL) como factor asociado a mortalidad.

ID 210

Hepatitis hipóxica en la unidad de cuidados coronarios: factores de riesgo, evolución y desenlaces

Autor: Brenda Viridiana Balderas-Garcés, Magali Herrera-Gomar, Misael Uribe-Esquivel y Norberto Carlos Chávez-Tapia. Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F. baldi_gar21@hotmail.com

Introducción: La hepatitis hipóxica (HH) es una patología que se presenta de forma más prevalente en unidades de cuidados críticos. Se desconocen las características clínicas y desenlaces de pacientes con HH en la unidad de cuidados coronarios. Existe un grupo particular de pacientes con elevación de transaminasas sin criterios para HH, de los cuales también se desconocen las características y si estas difieren con el grupo de HH.

Objetivos: analizar la prevalencia, evolución clínica, hemodinámica y desenlaces en pacientes con HH en una unidad de cuidados coronarios y aquellos que no cumplen criterios para la misma.

Material y métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva de la unidad de cuidados coronarios del Hospital Médica Sur con datos obtenidos del 2008 al 2011. Se incluyeron pacientes con HH en el contexto de disfunción cardiovascular, y se compararon con 2 grupos; el grupo 2 con elevación de enzimas sin criterios para HH y el grupo 3 control. Se obtuvieron características de la población, laboratorio, hemodinámicas, respiratorias y renales, prevalencia, días de estancia hospitalaria, mortalidad intrahospitalaria y se compararon entre los 3 grupos por método de ANOVA.

Resultados: La prevalencia de HH fue 1,09%. La mayoría de los pacientes con HH presentaron choque predominantemente cardiogénico 17 (94,4%), 14 (77,8%) en el grupo 2, y 7 (38,9%) en el grupo 3, $P=0,001$, las características hemodinámicas que se encontraron relacionadas a HH fueron PVC elevada (8 ± 5 cmH₂O, 6 ± 5 cmH₂O, y 2 ± 5 cmH₂O, grupos 1, 2 y 3 respectivamente, $P<0,05$), TAPSE menor (15 ± 6 vs. 22 ± 6 , $P=0,035$), uso de vasopresores particularmente norepinefrina (89%, 78%, 39%, grupos 1, 2 y 3 respectivamente $P=0,003$) y fenilefrina (44,4%, 11,1% y 5,6%, grupos 1, 2 y 3 respectivamente, $P=0,007$). En las pruebas de funcionamiento hepático se encontró un valor de LDH mayor en el grupo de HH. La función respiratoria presentó mayor deterioro en el grupo con HH, por lo que el requerimiento de apoyo mecánico ventilatorio fue mayor (71% grupo 1, 61% grupo 2, y 28% grupo 3, $P=0,028$). Los días de estancia hospitalaria y en UCC, no mostraron diferencias. La mortalidad fue mayor en el grupo 1 (56% grupo 1, 35% grupo 2 y 11% grupo 3), el factor más consistentemente relacionado a mortalidad fue la ventilación mecánica (OR 12,25, IC95% 1,26 - 118,36, $P<0,001$). Las características hemodinámicas y ventilatorias fueron muy similares entre el grupo 1 y 2, sin embargo.

Conclusión: La mortalidad de pacientes con HH en una unidad de cuidados coronarios es alta. La prevalencia, características clínicas, hemodinámicas y desenlaces de HH en una unidad de cuidados coronarios no difieren de la reportada en otros estudios. Los pacientes con alteración significativa de las pruebas de función hepática pero que no cumplen criterios de HH requieren atención especial, dado que no se comportan diferente de los pacientes con HH.

ID 211

Diferencias entre los pacientes con sangrado de tubo digestivo tratados en 2 tipos de unidades de cuidados críticos

Coty González-Fernández, Alicia Sofía Villar-Chávez, Claudia Pantaleón-Martínez y Javier Ignacio Vinageras-Barroso. Hospital Español de México. México, D.F. coty83@gmail.com

Antecedentes: Los pacientes críticamente enfermos presentan comorbilidades asociadas a otras patologías o a la terapéutica de éstas; las cuales incrementan el riesgo de presentar sangrado de tubo digestivo (STD). Esto conlleva a un aumento en la morbimortalidad, aumentan costos y tiempo de estancia intrahospitalaria. Los

factores de riesgo para STD en las distintas unidades de cuidados críticos difieren debido a las características propias de los pacientes y las patologías que se atienden en cada una de ellas. No existen datos que permitan discernir si el tipo de unidad de cuidados críticos conlleva un riesgo diferencial de sangrado de tubo digestivo.

Objetivo: Caracterizar la epidemiología de los pacientes críticamente enfermos con sangrado de tubo digestivo en la Unidad de Cuidados Cardiovasculares Especiales (UCCE) vs. Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo que incluyó pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados críticos (UCCE y UTI) del 1 de Enero del 2009 al 30 de Abril del 2013; a quienes se les realizó un procedimiento endoscópico por cualquiera de los siguientes motivos: STD alto o bajo, anemia, sospecha de STD y dolor torácico no cardiogénico.

Resultados: Se incluyeron un total de 69 pacientes (49 en UTI y 20 en UCCE), 31 mujeres (45%) y 38 hombres (55%); con edad media de 70,6 años (DE \pm 16,7). La media de edad fue de 66,4 en UTI y 80,4 en la UCCE ($p=0,0005$). La principal indicación para realizar un estudio endoscópico en ambos grupos fue STD alto en 81,6% en UTI ($n=40$) y 45% en UCCE ($n=9$). Seguida de la anemia en 8,1% ($n=4$) en UTI y 30% ($n=6$) en UCCE. La presentación clínica más frecuente en las 2 unidades fue melena. En promedio, pacientes en UTI presentaron el evento de sangrado a los 11,22 días del ingreso, mientras que en UCCE a los 4,45 días ($p=0,057$). El diagnóstico endoscópico final más frecuente en ambos grupos de estudio fue la gastropatía erosiva/hemorrágica en 28,5% UTI y 25% UCCE. La mayoría de pacientes en ambos grupos no requirieron tratamiento endoscópico (61% en UTI y 65% en UCCE). La mayoría de los pacientes tuvieron mejoría clínica en ambos grupos (45% en UTI y 70% en UCCE); en quienes la evolución no fue favorable, la mayoría presentó datos de choque hipovolémico (UTI 24,4% y UCCE 20%). Se reportó una mortalidad en los grupos de estudio del 51% para los pacientes en UTI y de 15% en la UCCE.

Conclusiones: Un alto porcentaje de los ingresos a unidades de cuidados críticos son los padecimientos gastrointestinales, de los cuales el Sangrado de Tubo Digestivo tiene un rol predominante. Es importante plantear un abordaje diagnóstico y terapéutico en base a las características individuales de los pacientes hospitalizados entre las distintas unidades de cuidados críticos.

ID 212

Esófago de Barrett ultracorto: utilidad de la endoscopia de alta resolución y la imagen de banda estrecha (NBI) en la práctica cotidiana

Mario Arturo Ballesteros-Amozurrutia, Rodrigo Soto-Solís, Norma González-Urbe y Karina Santana-de Anda. Hospital Ángeles Pedregal. México, D.F. maballamo@yahoo.com

Antecedentes: El significado clínico de la metaplasia intestinal (MI) en la unión esofagagástrica (UEG) es controversial, es considerado marcador diagnóstico de EB y pudiera ser un factor de riesgo del adenocarcinoma. La detección endoscópica de la MI en esta región es precaria. Sólo 5% de pacientes con adenocarcinoma de esófago son oportunamente detectados. El protocolo de Washington continúa siendo el estándar de oro para diagnóstico de EB, pero el advenimiento de nuevas tecnologías han mejorado la resolución de imagen y con ello la identificación de patrones epiteliales. Se ha demostrado su utilidad en la identificación de displasia de alto grado, y se ha supuesto una mejor identificación de patrones mucosos metaplásicos o del EB.

Objetivo: Evaluar la precisión diagnóstica para EB ultracorto de la endoscopia de alta resolución y la NBI (Olympus EVIS 180).

Materiales y métodos: Se evaluaron 104 pacientes con sospecha de

EB corto (412 imágenes). Se tomaron biopsias en todas las áreas con sospecha de MI. Posteriormente, 4 especialistas certificados y 3 enfermeras especialistas en endoscopia revisaron en forma ciega 240 imágenes (30 pacientes con EB y 30 sin EB). En una segunda fase se evaluaron las imágenes endoscópicas de 44 pacientes también cegadas, realizadas previa preparación con acetilcisteína y aplicación de ácido acético al 1,5%. Estas fueron evaluadas por 2 médicos gastroenterólogos endoscopistas (AB, RS). Se realizó análisis estadístico mediante tablas de contingencia para determinar la sensibilidad y especificidad de cada gastroenterólogo, así como el cálculo del índice de kappa para determinar la concordancia diagnóstica entre los observadores.

Resultados: En 53 pacientes se documentó la MI por histopatología con tinción de Genta como criterio diagnóstico de EB. No se documentó MI en 51 pacientes con un mínimo de 4 biopsias tomadas de la zona de sospecha. La primera revisión de imágenes mostró una sensibilidad diagnóstica entre gastroenterólogos del 12 al 75% y especificidad de 39 al 84%, con una k de 0,05. La k entre enfermeras fue de 0,29 y la sensibilidad del 54 al 62% con especificidad del 32 al 50%. En la segunda fase la sensibilidad fue del 30 al 66% y la especificidad del 33 al 60%, con una k de 0,44. Considerados los casos donde hubo concordancia, la sensibilidad se mantuvo en el 40% y la especificidad en 50%.

Conclusiones: Los cambios metaplásicos cercanos a la UEG sospechados por endoscopia de alta resolución con o sin el empleo de NBI presentan un reto diagnóstico que no ha sido resuelto por estas herramientas. Se requiere mayor análisis de correlación intra e interobservador para mejor identificar los patrones endoscópicos de la MI y tal vez con ello mejorar la precisión diagnóstica del EB y las poblaciones con riesgo de adenocarcinoma de esófago.

ID 213

Adenocarcinoma de yeyuno en síndrome de Lynch

Rodrigo Soto-Solís, José Luis de León y Rafael Barreto-Zúñiga. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. rodrigosotomd@prodigy.net.mx

Antecedentes: El síndrome de Lynch, antes conocido como cáncer colorrectal hereditario no polipósico, se caracteriza por defectos en la reparación del DNA que conllevan un riesgo incrementado de cáncer. Por series y reportes de casos previos se ha establecido que conlleva un riesgo de 4% para el desarrollo de cáncer de intestino delgado. Esto constituye un riesgo 100 veces mayor que para la población general. No hay guías de vigilancia en este momento.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Caso clínico: Hombre de 18 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de colon (abuela paterna, tío paterno, abuelo paterno) que un año antes de ser referido al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ) manifestó astenia y adinamia. Se le realizaron paraclínicos generales que documentaron anemia microcítica e hipocrómica, por lo que fue tratado con hierro oral con respuesta parcial. Acudió con otro médico que documentó sangre oculta en heces por lo que solicitó panendoscopia y colonoscopia, ambas con resultado negativo. Fue referido al INCMNSZ para evaluación con videocápsula y/o enteroscopia. Se le realizaron ambos estudios que demostraron lesión neoplásica ulcerada de yeyuno. Se le ofreció neoadyuvancia y resección quirúrgica. Tiene diagnóstico de Síndrome de Lynch por criterios clínicos y se han solicitado estudios de inmunohistoquímica.

Conclusiones: Las neoplasias malignas del intestino delgado son raras; sin embargo, los síndromes de cáncer colorrectal hereditario más comunes (Lynch y poliposis adenomatosa familiar) tienen un

riesgo incrementado. No hay lineamientos claros sobre el escrutinio y la vigilancia de estos pacientes. Algunos autores sugieren realizar una panendoscopia e incluso duodenoscopia a partir de los 25 años en busca de adenomas sobretodo en pacientes con poliposis adenomatosa familiar (PAF). Los métodos más modernos como la cápsula endoscópica y la enteroscopia están encontrando un lugar en el escrutinio y la vigilancia de estos enfermos.

ID 216

Hepatocarcinoma en paciente no cirrótico con infección por virus de la hepatitis C

Juan Manuel Aldana-Ledesma, José Antonio Velarde Ruiz-Velasco, José Luis Rodríguez-Chávez, Josué Ramírez-Lugo, Fabián Betancourt-Sánchez, Nallely D. Castañeda-Huerta, Enmanuel Ramón Espinal-Gómez, Ángel Gómez-Cruz y Francisco Álvarez-López. Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Guadalajara, Jal., México. Jumal13@hotmail.com

Antecedentes: El hepatocarcinoma (HCC) es el sexto cáncer más común y la 3ª causa de muerte por cáncer, representa más del 90% de los tumores malignos del hígado, alcanzando un pico de incidencia a los 70 años de edad. El 90% de los HCCs están asociados con hepatitis viral crónica (B y C), hepatopatía por alcohol y exposición a aflatoxinas.

Objetivo: Reportar la importancia del escrutinio de HCC en pacientes con infección por VHB crónica sin cirrosis.

Materiales y métodos: Presentación de un caso clínico de paciente con infección por VHB crónica con HCC sin cirrosis.

Resultados: Hombre de 71 años de edad, con dolor abdominal de 2 meses de evolución en hipocondrio derecho, punzante, con irradiación ocasional a espalda.

Con historia de hipertensión, alcoholismo crónico y prácticas sexuales de alto riesgo. EF sin estigmas de enfermedad hepática avanzada, sólo presenta hepatodinia, ECOG 1.

Biometría hemática y perfil hepático normales, se realiza US de hígado y VB observándose lesión hipocogénica de 6 x 6 x 5 cm de diámetro. RM de abdomen con contraste en la que se observa una tumoración de 6 x 7 cm de diámetro en lóbulo hepático derecho. Alfa Fetoproteína de 1.064,2 ng/mL. Anticuerpos para VHC y VIH negativos, con antígeno de superficie para VHB de 1.242,2. Someti-do a biopsia hepática percutánea reportando HCC.

Conclusiones: A nivel mundial el 54% de los casos de HCC se relacionan a infección por VHB. El consumo del alcohol duplica el riesgo de HCC en pacientes con VHB. Se ha reportado la incidencia de HCC en personas infectadas con VHB sin actividad del 0,02%. Se han identificado como predictores de progresión a HCC la positividad del antígeno e del VHB, una carga viral alta (>10.000 copias/mL) y genotipo C. A pesar que el tratamiento antiviral disminuye la incidencia de HCC en pacientes con VHB, no desaparece el riesgo. Es por eso la importancia del escrutinio semestral para HCC en pacientes con infección por VHB independientemente si son portadores, tienen infección crónica y activa o cirrosis.

ID 218

Prevalencia de desórdenes gastrointestinales funcionales en escolares colombianos 2012

Carlos Alberto Velasco-Benítez, Luis Gabriel Vinasco-Sánchez, Margarita María Calle-Gómez y Lina Paola Rubio-Giraldo. Universidad del Valle. Cali, Colombia. carlosavelascob@gmail.com

Antecedentes: Los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGFs) en escolares del suroccidente colombiano tienen una prevalencia del 26,6%.

Objetivo: Determinar la prevalencia de DGFs por medio de los criterios de Roma III en español en escolares del eje cafetero, oriente y norte colombiano, de un colegio privado y 4 escuelas públicas de Pereira, Cúcuta y San Andrés de Sotavento, Colombia durante el año 2012, y establecer posibles asociaciones con factores de riesgo para DGFs.

Materiales y métodos: Estudio de prevalencia en 1571 escolares. Fueron consideradas variables sociodemográficas (edad, sexo, procedencia y escuela o colegio), antropométricas (IMC y talla/edad TE según OMS), familiares (hijo único, padres separados o divorciados e historia de DGFs familiar) y ambientales (antecedente de dengue el año anterior). El análisis estadístico incluyó estimación de la proporción de niños con DGFs; estimación de porcentaje, percentiles, promedios, medianas y las demás medidas descriptivas con sus correspondientes desviaciones estándar y rangos; análisis univariado; posible ocurrencia de asociación entre las variables (ORs con sus respectivos IC95%); prueba exacta de Fisher con un valor de $p < 0,05$, a 2 colas, significativo, y análisis de regresión logística múltiple.

Resultados: Hubo una prevalencia para DGFs del 22,5% (13,5% estreñimiento e incontinencia, 7,3% dolor abdominal relacionado a DGFs y 1,7% vómito y aerofagia) con una edad promedio de $11,2 \pm 2,3$ (rango 8-19 años), peso promedio de $36,9 \pm 11,1$ (rango 16-85 Kg) y talla promedio $140,8 \pm 12,8$ (rango 102-186 cm). Hubo predominio del género masculino (50,1%), de escuela pública (91,7%), con estreñimiento funcional (13,5%), ser eutrófico (60,0%), tener más de un hermano (90,0%), sin padres separados o divorciados (56,3%), sin familiares con DGFs (95,1%) y sin antecedente de dengue el año anterior (8,4%). Hubo mayor oportunidad de presentar DGFs en escolares de 9 y 11 años, ser hijo único, con padres separados o divorciados, con historia familiar de DGFs y antecedente de dengue el año anterior; y menor oportunidad de presentar DGFs en escolares entre los 12 y 16 años, ser del sexo masculino, proceder de Cúcuta y Sotavento, de colegio privado, presentar malnutrición y retraso en la talla. Las variables que mejor explicaron la presencia de DGFs fueron la edad (OR=0,93; IC95%=0,8-0,9; $p=0,02$), el sexo (OR=0,72; IC95%=0,5-0,9; $p=0,01$) y la procedencia (OR=0,63; IC95%=0,5-0,7; $p=0,00$).

Conclusiones: La prevalencia de DGFs en escolares entre 8 y 19 años del eje cafetero, oriente y norte colombiano según los criterios de Roma III en español, fue del 22,5%, con posibles factores de riesgo, la edad, el sexo y la procedencia.

ID 219

Ganancia de peso luego de nutrición parenteral total en recién nacidos críticamente enfermos

Carlos Alberto Velasco-Benítez, Guillermo Farfán-Cruz. Universidad del Valle. Cali, Colombia. carlosavelascob@gmail.com

Antecedentes: Los periodos de ayuno o de insuficiente aporte nutricional, provocan en el recién nacido (RN), deterioro de su estado nutricional e incluso alteraciones en su crecimiento a corto y largo plazo.

Objetivo: Determinar la ganancia de peso en RN críticamente enfermos (CE) luego de nutrición parenteral total (NPT).

Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional de tipo transversal, a partir de un análisis secundario de la base de datos Soporte Nutricional del Grupo de Investigación GASTROHNUP de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. Fueron incluidos 110 RNCE de ambos sexos, a término (AT) y pretérmino (PreT), de la Clínica Los Comuneros del Seguro Social de Bucaramanga, Colombia, que recibieron NP central (C) o periférica (P). Se obtuvieron datos como sexo, edad gestacional, peso, g/Kg/día de carbohidratos, proteínas y grasas, kcal/Kg/día basales y finales, días de NP y patología subyacente. El análisis estadístico en Stata® 12 incluyó medidas de

tendencia central, medidas de posición, frecuencias, análisis univariado y bivariado, así como pruebas de comparación de promedios y de medianas, prueba de *ji cuadrada* y Fisher, siendo el nivel de significancia de 0,05.

Resultados: Fueron incluidos 63 RNPreT y 47 RNAT, con principal diagnóstico enterocolitis necrosante (ECN) en 40 (36,4%). El promedio al final de la NP de proteínas y grasas fue 1,3 g/Kg/día y 2,5 g/Kg/día, respectivamente. Hubo incremento del peso basal y final de 14,2 g/día (mediana de -3,8 DE según OMS). Al analizar las diferencias de los promedios de peso y las DE según OMS, en cuanto a progresión en el peso basal y final, tanto en RNAT ($p=0,015$) como RNPreT ($p=0,000$), incluso con peso < 1.500 g ($p=0,000$) y entre 1.500-2.500 g ($p=0,004$).

Conclusiones: El total de los RNCE que recibieron NP con los diferentes macronutrientes desde el primer día de vida, a dosis más bajas que las actualmente recomendadas, presentaron mejoría nutricional medible con la variación de peso diaria.

ID 220

Valoración nutricional antropométrica en niños menores de 14 años con anemia de células falciformes del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” de Cali, Colombia

Carlos Alberto Velasco-Benítez, Diana Soraya Rendón-Ceballos, Carlos Andrés Portilla-Figueroa, María Victoria Bolaños-Gallardo y Diana Maritza Jurado-Orejuela. Universidad del Valle. Cali, Colombia. carlosavelascob@gmail.com

Antecedentes: La valoración nutricional antropométrica del niño con drepanocitosis permite ofrecer un adecuado y oportuno plan de recuperación nutricional.

Objetivo: Determinar en niños con drepanocitosis por medio del IMC y talla/edad (T/E) según la OMS, la prevalencia de malnutrición (MNT) y retraso en la talla (RT) en niños <14 años del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” (HUV) de Cali, Colombia.

Materiales y métodos: Estudio observacional no experimental descriptivo del tipo prevalencia en niños con drepanocitosis a quienes se les tomaron datos como edad y género, peso (Kg) y estatura (cm); datos que fueron analizados en Anthroplus OMS, siendo clasificados según IMC en riesgo de delgadez (RD) (entre -1 y -2 desviaciones estándar DE), delgadez (D) (entre -2 y -3 DE), y D severa (DS) (> -3 DE), riesgo de sobrepeso (RSP) (entre -+ y +2 DE), sobrepeso (SP) (entre +2 y +3 DE), y obesidad (O) ($> +3$ DE); y según TE en riesgo de baja talla (RBT) (entre -1 y -2 DE), baja talla (BT) (entre -2 y -3 DE), BT severa (BTS) (> -3 DE) y talla alta (TA) ($> +3$ DE).

Resultados: Fueron analizados 70 niños con edad $6,3 \pm 3,8$ años (rango 0-14 años); 35 del género masculino (50,0%); con peso $21,5 \pm 10,1$ Kg (rango 7,2-64,6) y talla $113,7 \pm 22,7$ cm (rango 67-167); con una prevalencia para MNT de 44,3%; y para RT de 41,4% (tabla 1).

Conclusiones: En este grupo de niños con drepanocitosis del HUV de Cali, Colombia, según el IMC y la TE OMS, se presentó MNT y RT en cerca la mitad de ellos, correspondiendo a SP el 2,9%, delgadez el 8,6% y BT el 11,4%, 2,9%, delgadez el 8,6% y BT el 11,4%.

Tabla 1 Resultados

	Índice de masa corporal (n,%)	Talla para la edad (n,%)	
Eutróficos	39 (55,7)	Eutróficos	40 (57,1)
Riesgo de sobrepeso	8 (11,4)	Riesgo de baja talla	21 (30,0)
Sobrepeso	2 (2,9)	Baja talla	4 (5,7)
Riesgo de delgadez	15 (21,4)	Baja talla severa	4 (5,7)
Delgadez	4 (5,7)		
Delgadez severa	2 (2,9)		

ID 221

Sobrepeso y obesidad en escolares colombianos con desórdenes gastrointestinales funcionales y posibles factores de riesgo

Carlos Alberto Velasco-Benítez, Diana María Morales-Morales y Diana Patricia Henao-Rodríguez. Universidad del Valle, Cali, Colombia. carlosavelascob@gmail.com

Antecedentes: La prevalencia de sobrepeso y obesidad (SPyO) infantil se ha incrementado a nivel mundial. Los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGFs) también son prevalentes en niños.

Objetivo: Determinar la prevalencia de SPyO según la OMS en escolares con DGFs según los criterios de Roma III en español, de una escuela pública de Cali, Colombia durante el año 2013, y establecer posibles asociaciones con factores de riesgo para SPyO.

Materiales y métodos: Estudio de prevalencia en 584 escolares. Fueron consideradas variables sociodemográficas (edad, sexo) y familiares (hijo único, padres separados o divorciados e historia de DGFs familiar). El análisis estadístico incluyó estimación de la proporción de niños con SPyO; estimación de porcentajes, percentiles, promedios, medianas y las demás medidas descriptivas con sus correspondientes desviaciones estándar y rangos; análisis univariado; posible ocurrencia de asociación entre las variables (ORs con sus respectivos IC95%); prueba exacta de Fisher con un valor de $p < 0,05$ a 2 colas, significativo, y análisis de regresión logística múltiple.

Resultados: Hubo una prevalencia para SPyO del 8,8% y para DGFs del 21,1%, con una edad promedio de $12,2 \pm 2,5$ (rango 8-18 años), peso promedio de $46,8 \pm 13,2$ (rango 21,3-98,7 Kg) y talla promedio $151,1 \pm 13,7$ (rango 112-184 cm). Hubo predominio del género masculino (52,9%), presentar estreñimiento funcional (EF) (8,5%), tener más de un hermano (89,7%), tener padres separados o divorciados (55,5%) y sin familiares con DGFs (96%). Hubo mayor oportunidad de presentar SPyO en escolares de 10 y 11 años, con DGFs, ser hijo único y tener padres separados o divorciados; y menor oportunidad de presentar SPyO en escolares entre los 13 y 17 años y tener historia de DGFs familiares. La única variable que mejor explicó la presencia de SPyO fue la edad (OR=0,83; IC95%=0,7-0,9; $p=0,003$).

Conclusiones: La prevalencia de SPyO en escolares entre 8 y 18 años de la Escuela Pública República de Israel de Cali, Colombia, con DGFs según los criterios de Roma III en español, fue del 8,8%, con único posible factor de riesgo, la edad.

ID 222

Evaluación mediante manometría de alta resolución de pacientes con diagnóstico de globus faríngeo no asociado a reflujo. Un estudio comparativo con controles sanos

Guillermo Roberto Guevara-Morales, Arturo Meixueiro-Daza, Rafael Rojano-González y José María Remes-Troche. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver., México. mirobert_5@hotmail.com

Antecedentes: El globus faríngeo es una entidad que se define como la sensación de cuerpo extraño en la faringe, y que se ha relacionado con la presencia de reflujo faringo-laríngeo. Habitualmente requiere de manejo conjunto con otorrinolaringología; sin embargo en un porcentaje no despreciable de pacientes con globus faríngeo no se puede establecer su etiología. La evaluación del esfínter esofágico superior en pacientes que presentan globo faríngeo con manometría de alta resolución (MAR) puede identificar anomalías en la línea basal de presiones, una relajación no

coordinada durante las degluciones o un esfínter esofágico superior hiperdinámico (variaciones de alta presión causadas por la respiración).

Objetivo: Evaluar utilidad diagnóstica de la MAR en pacientes con globus faríngeo no asociado a reflujo faringo-laríngeo, analizar los parámetros manométricos y comparar los resultados con un grupo de controles sanos

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo en el cual se analizaron las historias clínicas y trazos manométricos de 9 pacientes referidos por globus faríngeo al laboratorio de fisiología digestiva y motilidad gastrointestinal del Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana, entre febrero a julio de 2013, posteriormente se comparó con los parámetros establecidos por un grupo de quince controles sanos evaluados con MAR. Selección de pacientes: Se investigaron aquellos síntomas que podían tener relación con el reflujo faríngeo-laríngeo (tos, picor faríngeo, carraspeo frecuente) con la aplicación del cuestionario de índice de síntomas de reflujo (ISR). Previamente se les realizó una exploración otorrinolaringológica completa, endoscopia alta y pHmetría con impedancia de 24 horas, la cual fue normal en todos los casos.

Resultados: Se evaluaron 9 pacientes con globus no asociado a enfermedad por reflujo faringo-laríngeo (2 hombres y 7 mujeres, edad promedio 45,7 años con un rango comprendido entre 22 años a 55 años), y 15 controles sanos (8 hombres, 7 mujeres) con edad promedio 26,13 años con un rango entre 19 y 49 años. La presión promedio del esfínter esofágico superior en grupo control fue de 56,47 mmHg, la mínima 36,3 mmHg y la máxima 101,9 mmHg, la presión residual promedio -5,8 mmHg, así como una duración de relajación promedio 599 ms. La presión promedio basal del esfínter superior en los pacientes con globus fue significativamente mayor que en los controles ($p=0,04$). No se detectaron anomalías en la motilidad esofágica distal del grupo control. De los 9 pacientes con globus faríngeo sólo el 56% presentó motilidad esofágica distal sin alteraciones, en 2 pacientes se relacionó con presión hiperdinámica del esfínter esofágico superior, y en 2 pacientes se encontró hipertensión del esfínter esofágico superior. Sólo en un paciente no fue posible detectar anomalías en la evaluación con la MAR.

Conclusiones: El globus faríngeo suele ser mencionado como una manifestación tardía de reflujo laringo-faríngeo, sin embargo en los casos que no se encuentre esta relación es difícil establecer su etiología y tratamiento. De tal manera que se debe considerar la MAR como una herramienta auxiliar en el abordaje de este tipo de pacientes ya que en la mayoría de las cosas existe una anomalía que solo puede ser detectada mediante MAR.

ID 223

Colitis eosinofílica. Una serie de casos y revisión de la literatura

Autor: Guillermo Roberto Guevara-Morales, Arturo Meixueiro-Daza, Peter Grube-Pagola y José María Remes-Troche. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver., México. mirobert_5@hotmail.com

Antecedentes: La colitis eosinofílica (CE) es una enfermedad que se caracteriza por un estado de inflamación intestinal crónica, de etiología desconocida, poco frecuente, y que en gran parte de los casos puede formar parte de los trastornos eosinofílicos primarios gastrointestinales. La mayoría de las veces se considera un diagnóstico diferencial con enfermedades parasitarias y con la enfermedad inflamatoria intestinal.

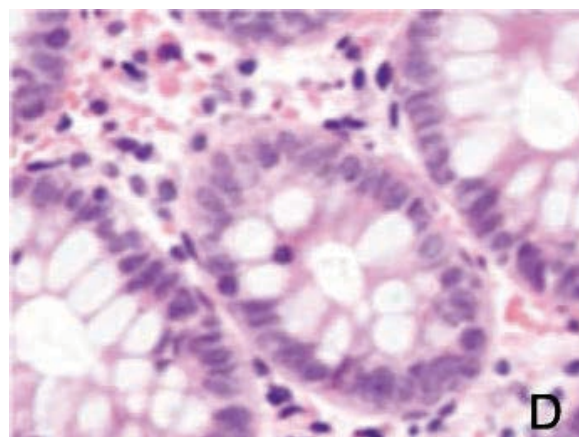
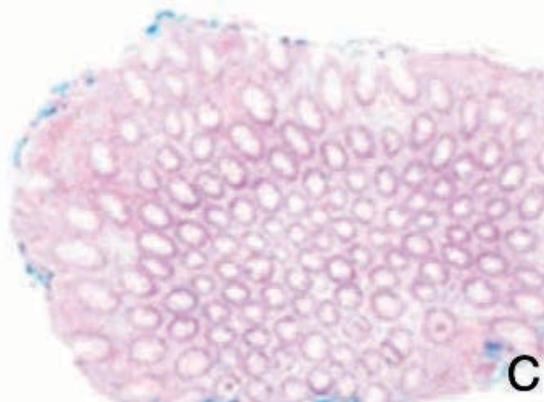
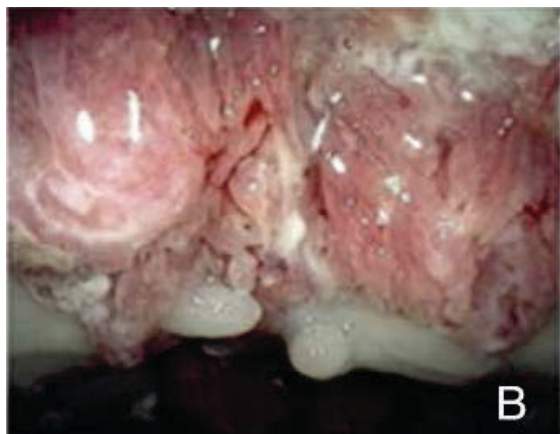
Objetivo: Determinar las características demográficas, clínicas, histológicas y el tratamiento en un grupo de pacientes con diagnóstico de CE.

Materiales y métodos: Se analizaron las historias clínicas, colonoscopias, y biopsias de pacientes del departamento de video-endoscopia del Instituto de Investigaciones de la Universidad Veracruzana en el periodo comprendido entre los años 2011 a 2013. En todos los casos se descartó enfermedad parasitaria por coproparasitoscópicos seriados, sangre oculta en heces. La serología para enfermedad celíaca fue negativa en todos los casos e histológicamente no hubo evidencia de enfermedad inflamatoria intestinal.

Resultados: Se encontraron 7 pacientes, 6 hombres y una mujer con edad promedio de 49 años (rango 34 a 66 años). En todos los casos la manifestación más común fue diarrea acuosa crónica con duración que vario de 1,5 a 24 meses de duración. En todos los casos no hubo evidencia de eosinofilia periférica ni datos de infiltración eosinofílica en otros órganos. El diagnóstico histológico se basó en la presencia de > 20 eosinófilos por campo de gran aumento (promedio 33, rango 25 a 90) en biopsias tomadas del colon derecho y/o ciego. La porción del colon mayormente afectada fue el ciego, presentándose en 4 pacientes, seguida de colon derecho y sigmoides. En 5 de los 7 casos el tratamiento con budesonida 9 mg durante 8 semanas fue exitoso y solo 2 casos recibieron tratamiento con mesalazina. La recurrencia a los 6 meses se presentó en un solo caso.

Conclusiones: La CE una entidad con mayor frecuencia a partir de la cuarta década de la vida, y el cuadro clínico aunque suele ser insidioso se caracteriza por diarrea crónica. En estos casos se resalta la importancia del uso de la colonoscopia con toma de biopsia en el estudio de pacientes con diarrea crónica. El tratamiento con budesonida en CE es exitoso en la mayoría de los casos a 8 semanas.

Figura 1 A) y B) Se muestran imágenes endoscópicas y, en C) y D) histológicas de casos representativos de CE. [Falta llamada de figura en el texto](#)



ID 224

Estudio multicéntrico descriptivo del uso de la manometría esofágica de alta resolución: experiencia de un año

Genaro Vázquez-Elizondo, Azalia Ruiz-Flores, Carlos Elizondo-8a, Carolina Tatiana Elizondo-Vázquez, Gustavo Torres-Barrera, Luis Morales-Garza y María Teresa Sánchez-Ávila. Hospital San José de Monterrey, Tec de Monterrey; Doctors Hospital y Centro Médico Zambrano Hellion. Monterrey, N.L., México. drngenarovazquez@gmail.com

Antecedentes: El advenimiento de la manometría esofágica de alta resolución y la clasificación de Chicago han propuesto un nuevo paradigma en la comprensión de la fisiología de la deglución y la patología funcional esofágica. Sin embargo, la descripción de la experiencia este nuevo sistema es aún limitada en nuestro país.

Objetivo: Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes enviados para evaluación en el sistema de manometría esofágica de alta resolución.

Materiales y métodos: Se realizó una serie de casos retrospectiva de la casuística de 3 hospitales privados de la zona metropolitana de Monterrey que cuentan con sistemas de manometría de alta resolución. Se recolectaron variables demográficas, motivos de envío a evaluación, mediciones de la clasificación de Chicago, así como los diagnósticos correspondientes a esta clasificación.

Resultados: Se incluyeron 148 pacientes en el estudio, n=71 (48%) de género masculino y 77 (52%) de género femenino. Media de edad $42,7 \pm 13,2$ (13-72). La tabla 1 muestra los hallazgos manométricos de acuerdo al motivo de evaluación.

Conclusiones: El principal motivo de evaluación fue la valoración preoperatoria de cirugía antireflujo, en cuyo grupo se identificó una condición patológica en el 24% de los casos e identificando un trastorno primario en un 4%. Los hallazgos manométricos más frecuentes fueron los defectos en la peristalsis, consistentemente reportados en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los grupos con menor proporción de casos sin alteraciones identificables fueron los de disfagia y dolor torácico no cardíaco. El sistema de manometría esofágica de alta resolución es útil en la evaluación de pacientes tanto con síntomas sugestivos de enfermedad esofágica primaria, así como en pacientes evaluados para tratamiento quirúrgico sin patología esofágica aparente.

Tabla 1 Resultados

n (%)	Evaluación preoperatoria n=101	Disfagia n=26	Tos crónica n=9	Dolor torácico no cardíaco n=7	Síntomas atípicos de reflujo n=5	Total
Sin hallazgos	77 (76)	11 (42)	5 (55)	3 (43)	3 (60)	99 (67)
Subtipo I	-	2 (8)	-	-	-	2 (1)
Acalasia Subtipo II	-	5 (19)	1 (11)	-	-	6 (4)
Espasmo esofágico	1 (1)	2 (8)	-	-	-	3 (2)
Jackhammer	1 (1)	-	-	1 (14)	-	2 (1)
Cascanueces	-	-	1 (11)	1 (14)	-	2 (1)
Obstrucción tracto de salida	2 (2)	2 (8)	1 (11)	-	1 (20)	6 (2)
Débil	8 (8)	1 (4)	-	1 (14)	-	10 (7)
Ausente	1 (1)	1 (4)	1 (1)	-	-	3 (2)
Peristalsis fallida frecuente	9 (9)	1 (4)	-	1 (14)	-	11 (7)
Ineficaz	2 (2)	1 (4)	-	-	1 (20)	4 (3)

ID 225

Enfermedad de Niemann-Pick. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Jorge Herrera-Hernández, Yolanda Alicia Castillo-de León, María del Carmen Bojórquez-Ramos, Rocío Macías-Rosales, Ana Carrillo Mendoza, José de Jesús Vargas-Lares y María Rosa Flores-Márquez. Instituto Mexicano del Seguro Social, CMNO UMAE Pediatría. Guadalajara, Jal., México. jorge_hh8@hotmail.com

Antecedentes: Es una esfingolipidosis autosómica recesiva, caracterizada por déficit de la enzima esfingomielinasa. Se caracteriza por acumulación de esfingomielina y colesterol en los lisosomas de las células del sistema reticuloendotelial y cerebro. Inicia a los 6 meses de edad con deterioro neurológico, detención del crecimiento, espasticidad, hepatoesplenomegalia, crisis convulsivas, espasticidad e ictericia.

Objetivo: Reportar un caso y revisar la literatura.

Materiales y métodos: Femenina de un año un mes, que inicia con su padecimiento desde los 3 meses de edad con distensión abdominal, dentro de su evolución se detecta hepatoesplenomegalia y ascitis que requiere de paracentesis en múltiples ocasiones. Ingresa a nuestro Servicio la edad de un año un mes con datos bioquímicos de insuficiencia hepática. Desde su ingreso con ictericia, hepatoesplenomegalia, ascitis, anemia persistente, transaminasemia, con

desnutrición (TE: -3,55, CMB: -6,45, PC: -2,44, PT: -2,14) y con datos de hipertensión portal.

Resultados: En los estudio iniciales con transaminasemia e insuficiencia hepática con AST 113 U/L, ALT 97 U/L, GGT 94U/L, BT 6,7, BI 3,6, BD 3,0, proteínas 3 y albúmina:1,7, TP 18/11, TPT 58/34, amonio 118 mg/dL. Anemia persistente con Hgb de 5,1 que requiere de hemotransfusiones. Ceruloplasmina 0,2 g/dL, AFP 21 ng/dL, ACE 2,7 ng/dL. Herpes virus 1 y 2 negativo así como VHC, VHB y ELISA para VIH. Endoscopia alta con vórices esofágicas pequeñas de Baveno, Gastropatía hipertensiva leve. Se realiza paracentesis que reporta líquido xantocromico 20 celulas, 6 PMN, 14 mononucleares. Negativo para malignidad. PCR para TB negativo así como cultivo y tinciones especiales. Se realiza biopsia hepática la cual reporta lipidosis con tractos portales ensanchados por fibrosis con infiltrados por histiocitos espumosos y hepatocitos aumentados de volumen con citoplasma espumoso y transformación pseudoglandular Con aspirado de médula ósea que reporta presencia de células espumosas. Neurología realiza TAC de cráneo con hipoplasia de cuerpo calloso. Descartan lipidosis de tipo Tay-Sacks o Sandhoff. Se realiza determinación de Glucocerebrosidasa la cual reporta 26,0mmol/l/h negativo para Enfermedad de Gaucher, pero con niveles bajos de Esfingomielinasa, sugestivo de enfermedad de Niemann-Pick.

Conclusiones: La Enfermedad de Niemann-Pick es una entidad poco frecuente en población mundial aproximadamente 1:250,000 personas y lo es mucho más en población latinoamericana, aun así se trata de una entidad que debe estar presente dentro de los diagnósticos diferenciales en aquellos pacientes con insuficiencia hepática y sin causa anatómica o infecciosa aparente.

ID 228

Prevalencia y características de pacientes con síndrome de sobreposición en el Hospital General de México

Marisol Gálvez-Martínez, Eduardo Pérez-Torres, José Luis Pérez-Hernández y Fátima Higuera-de la Tijera. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". México, D.F. marygama84@hotmail.com.

Antecedentes: El síndrome de sobreposición se utiliza para describir formas variantes de hepatitis autoinmune (HAI), que presenta características de cirrosis biliar primaria (CBP) o colangitis esclerosante primaria (PSC). Su prevalencia ha sido reportada en 4,8% a 19% de pacientes con CBP y 5% a 8,3% de pacientes con HAI. Su patogénesis es poco clara.

Se diagnostica cuando se cumplen criterios establecidos por Chazouillères O et al. con una sensibilidad y especificidad de 92 y 97%. Los pacientes con síndrome de sobreposición presentan un predominio de HLA B8, DR3, DR4 similar a la HAI. La terapia para dicho síndrome incluye ácido ursodesoxicólico el cual se combina con terapia inmunosupresora.

Objetivo: Investigar la prevalencia, así como características clínicas, bioquímicas e histológicas de síndrome de sobreposición de pacientes mexicanos atendidos en Clínica de Hígado del Hospital General de México.

Materiales y métodos: Estudio tipo serie de casos, transversal, retrospectivo, se revisaron los datos clínicos y bioquímicos, de 40 pacientes con diagnóstico de CBP y 55 pacientes con HAI, atendidos en la Clínica de Hígado del Hospital General de México, de ellos 13 cumplieron los criterios establecidos por Chazouillères O, et al para síndrome de sobreposición. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se identificaron 13 casos de pacientes con diagnóstico de síndrome de sobreposición 6 casos en los 40 pacientes con CBP y 7 casos en los 55 pacientes diagnosticados con HAI, 12 de los 13 casos (90%) correspondieron al sexo femenino, la media de edad al

diagnóstico fue de $44,3 \pm 10,2$ años. El patrón bioquímico mostró una ALT con una media 185 ± 73 , fosfatasa alcalina 383 ± 263 . GGT 367 ± 343 . BT $3,8 \pm 7,0$. De los 13 casos 10 (76%) tuvieron positividad para anticuerpos antinucleares, 9 (69%) para antimitocondriales y solo 5 (38%) para anticuerpos antimúsculo liso. En el 90% de los pacientes refirieron astenia y adinamia, seguido de artralgias y náusea en el 70%, prurito ocurrió en el 50% de los casos e ictericia en el 40%.

De los 13 pacientes 7 contaron con biopsia hepática donde los principales hallazgos fueron hepatitis de interface, infiltrado linfoplasmocitario, células plasmáticas, lesión de los conductos biliares así como granulomas. Cinco pacientes contaban con diagnóstico de esclerodermia y 1 caso dermatomiositis.

Conclusiones: La prevalencia de síndrome sobreposición encontrada en nuestro estudio fue de 13,2%, hubo predominio en mujeres, astenia, adinamia, náusea, prurito e ictericia como principal sintomatología, la mayoría de nuestro pacientes tuvieron anticuerpos antimitocondriales y antinucleares positivos, mientras que los anticuerpos anti músculo liso mostraron una baja prevalencia. La asociación con otras enfermedades de tipo inmunológico es frecuente.

ID 229

Mutación del PRSS1 en un paciente de 10 años con pancreatitis aguda recurrente. Presentación de un caso

Alejandro Ramón Ángeles-Labra, Mario Héctor Blancas-Ojeda, Felipe Zamarripa-Dorsey y María Elena López-Acosta. Hospital Juárez de México. México, D.F. dr.angeleslabra@gmail.com

Antecedentes: La pancreatitis hereditaria es una causa rara de pancreatitis recurrente y pancreatitis crónica, con una prevalencia en países occidentales de 0,3/100 000 habitantes. Se han descrito 2 tipos de pancreatitis originada por alteraciones genéticas. La pancreatitis hereditaria y la pancreatitis hereditaria asociada a la fibrosis quística. Estos trastornos genéticos son causados por mutaciones en genes que codifican el tripsinogeno catiónico; proteasa de serina 1 (PRSS1) inhibidor tipo Kazal de proteasa de serina 1 (SPINK1) y regulador de la conductancia transmembrana de fibrosis quística (CFTR).

Caso clínico: Masculino de 10 años de edad, el cual cuenta con antecedente de 3 cuadros de pancreatitis aguda, primer cuadro a los 6 años de edad. Sin otros antecedentes. Ingreso a urgencias por presentar dolor abdominal epigástrico, con cuadro de fiebre, anorexia y náusea sin vomito. En laboratorios se documentó leucocitosis y elevación de enzimas pancreáticas. En su abordaje diagnóstico se descartaron litiasis, malformaciones pancreáticas, causas tóxicas, metabólicas y autoinmunes. En RM se encontraron cambios postnecróticos. Se realizó estudio genético molecular para búsqueda de mutaciones asociadas a pancreatitis documentando mutación PRSS1:c.364 C > T (p.Arg122Cys) en el exón 3 del gen en forma heterocigoto, confirmando el diagnóstico clínico de Pancreatitis Hereditaria (OMIM 167800).

Discusión: Se llama pancreatitis hereditaria a la pancreatitis aguda recurrente o pancreatitis crónica que se hereda de forma autosómica dominante, sin embargo existen fenotipos de esta enfermedad con diferente penetrancia. Se presenta el caso de un paciente con una mutación de novo en el PRSS1, el 75% de las pancreatitis hereditarias no relacionadas a fibrosis quística están relacionadas a mutaciones de este gen, el cual codifica para la formación de tripsinogeno catiónico, que facilita el cambio de tripsinogeno a tripsina de forma prematura en tejido pancreático.

Conclusiones: Las mutaciones del PRSS1 y otros genes, aunque poco frecuentes, son una entidad causante de pancreatitis aguda recurrente y pancreatitis crónica en pacientes pediátricos, por lo que se

debe tener alto índice de sospecha y realizar pruebas genéticas moleculares a este grupo de pacientes.

ID 230

Uso indiscriminado de inhibidores de bomba de protones en población mexicana

Elizabeth Buganza-Torio, Armando Alonso-Martínez y Jesús Gerardo López. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. ebuganza@hotmail.com

Antecedentes: De acuerdo a la industria farmacéutica los inhibidores de bomba de protones (IBP) son medicamentos de uso abierto, no requieren prescripción médica; son utilizados indiscriminadamente por auto-prescripción y por indicación médica en primer nivel de atención, 2 de cada 4 pacientes hospitalizados usan IBP, donde solo la mitad de ellos cuentan con indicación de acuerdo a las guías del instituto nacional de excelencia clínica (NICE), o bien no cuentan con criterios de dispepsia hasta en 67% de los casos, dependiendo de la región geográfica. Teniendo como implicación la economía a nivel intra o extra hospitalario.

Objetivo: Evaluar el hábito de consumo de IBP en la población abierta mexicana y determinar la prevalencia del sobreuso de IBP en nuestra población.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal que incluyó a 200 personas elegidas al azar a quienes se les aplicó una encuesta para evaluar variables como edad, género, escolaridad, ocupación, uso de IBP, dosis, tiempo de uso, quien realizó la prescripción, indicaciones, síntomas y signos de alarma previo a su uso, existió o no remisión en sintomatología.

Resultados: De 200 personas encuestadas 148 (74%) consumen IBP y 52 (26%) negaron su uso; el grupo de edad con mayor consumo fue el de 26 a 55 años en un 74,3%, 13,5% mayores de 56 años, 12,2% menores de 25 años. El 62,8% fueron mujeres; por escolaridad el 34,5% cuenta con licenciatura, 10,8% posgrado, 16,2% secundaria, 9,5% preparatoria, 14,2% primaria, 13,5% carrera técnica y 1,3% ninguna. Por ocupación el 45,3% empleados, 15,5% ama de casa, 9,5% comerciantes, 19,6% estudiantes, 3,4% administrador, 5,4% empresario y 1,3% desempleados. El 68% usa omeprazol, 12% pantoprazol, 5% esomeprazol y 3% lanzoprazol; el 12% refirió consumo de antagonista H2. El 40% consume fármacos de patente, 39% genéricos, 11% institucional y 10% similar. Por hábito de consumo lo realizan 1 vez por día 78%, 19% 2 veces por día y 3% más de 2 veces por día. Según el tiempo de uso de IBP correspondió a más de 1 año en 41%, 21% 1 mes, 16% 1 semana, 15% 6 meses, 6% 1 año y 1% 3 meses. La indicación fue 68% dispepsia, 14% reflujo, 14% dispepsia y reflujo, 2% indigestión y 2% asintomáticos. La presencia de signos de alarma fue disfagia 13%, pérdida de peso 2% y hematemesis 1%. La prescripción fue realizada por médico general en 42,3%, gastroenterólogo 15,5%, especialista no gastroenterólogo 16,2% automedicación 8,1%, por recomendación de amigo o familiar 12,3% y otros medios 5,4%. En el 99% de los casos hubo remisión de la sintomatología.

Conclusiones: Contamos con un sobreuso de IBP más alto en relación a la estadística mundial, superando el 70% del promedio, donde la mayoría fue por indicación de médicos de primer contacto, teniendo un consumo promedio de 1 año, resolviendo su sintomatología en casi la totalidad de los casos; el 16% presentó síntomas o signos de alarma. Así como también podemos concluir que su uso indiscriminado en la población general es un problema de salud pública y de farmacoeconomía teniendo como consecuencia que ser mejor regulado.

ID 231

Hemangioendotelio epiteloides hepático con presentación de trombofilia adquirida

Laura Esthela Cisneros-Garza, Eduardo Alfredo González-Murillo, Nalleli Alejandra Ordaz-Ortega y Brenda Esther Vázquez-López. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, N.L., México. laura_cisneros@yahoo.com

Antecedentes: Femenina de 30 años. Con carga genética para cáncer de pulmón, mama, colon, ovario y próstata. Con trombofilia adquirida desde 2011, manifestándose por trombosis de la vena femoral izquierda y trombosis de la íliaca en 2012. Estudiada por Hematología descartando trombofilia primaria, se envió a Gastroenterología para estudio, por tumoración hepática en imagen de ultrasonido abdominal, mostrando lesiones hepáticas con centro ecogénico y anillo hipocóico, con bordes regulares y bien definidos. Se solicitó angiogramografía que reportó, 2 lesiones hipodensas en fase simple, a la administración de contraste presentan densidad heterogénea, con realce difuso en la periferia, redondeadas de bordes parcialmente definidos, localizados en segmento III y IV, miden 2 x 1,7 x 2,2 cm y 2,7 x 4 x 3,5 cm, respectivamente.

Tomografía de tórax: 2 lesiones micronodulares hiperdensas de 5 milímetros a nivel de hemitórax derecho. Electrocardiograma: Normal. Ecocardiograma: Hipertensión pulmonar arterial leve de 38 mmHg. No se observan trombos o masas intracardíacas por vía transtorácica. Pericardio normal. Resultados de laboratorio: hemoglobina 11 g/dL, hematocrito 34,1%, plaquetas 325.000, leucocitos 4,25 mil, glucosa 87 mg/dL, creatinina 0,5 mg/dL, bilirrubina total 0,6 mg/dL, AST 18 mg/dL, ALT 17 mg/dL, TP 16,3/13 segundos, INR 1,3, TTP 56,3/26 segundos. Serología viral para VIH, VHC y VHB negativa. Marcadores tumorales: alfafetoproteína 2,2 ng/mL, Ca 19-9 8,2 U/mL, antígeno carcinoembrionario 0,44 ng/mL, proteína S 122, factor V Leiden normal, proteína C 105, antitrombina III 107, resistencia a proteína C 2,98, anticuerpos anticardiolipina: G y M negativo, anticoagulante lúpico y anticuerpos antinucleares negativos, fibrinógeno 700, dímero de 394. Niveles de complemento normal. VDRL negativo. Se realizó biopsia hepática, presentando complicaciones hemorrágicas y choque hipovolémico secundario. Requiriendo de laparotomía exploradora, encontrando lesión única en el sitio de punción de 1 mm en segmento IV b, con sangrado activo, hemoperitoneo y 3 tumoraciones hepáticas induradas en segmento VI, IV b y III de 1,5, 3 y 2 cm, respectivamente. Durante el internamiento presentó tromboembolia pulmonar. Resultado histopatológico: Inmunoquímica células neoplásicas positivas para vimentina y C34, negativas para coctel de citoqueratinas, ck7, ck20, antígeno de membrana epitelial y HMB45. Con aspecto morfológico en hematoxilina y eosina de una lesión con estroma, colagenoso denso, y estructuras tubulares y células epiteloides con inmunofenotipo de células endoteliales (vimentina y CD34), con negatividad para los marcadores epiteliales, se concluye que se trata de un hemangioendotelio epitelioide.

Debido a las lesiones pulmonares, la paciente actualmente no es candidata a trasplante hepático, a pesar de presentar 3 lesiones hepáticas menores a 5 cm; por lo que se encuentra en estudio por parte de oncología para tratamiento antiangiogénico con bevacizumab.

ID 237

Reporte de caso: mucormicosis gástrica en un paciente con sepsis e inmunosupresión, presentación de un caso y revisión de la literatura

Juan Manuel Maldonado-Martínez, Julio César Mijangos-Méndez. Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional 180. Tlajomulco de Zúñiga, Jal., México. manoletemm@msn.com

Antecedentes: La mucormicosis es una infección micótica sistémica y oportunista. Después de la aspergilosis y la candidiasis, es la 3ª causa más frecuente de infección oportunista invasora por hongo, predomina en individuos con sepsis, quemaduras extensas, malnutrición, terapia corticoidal crónica, uso prolongado de antibióticos, enfermedad sistémica severa, inmunosupresión, diabetes mellitus, cirrosis, neoplasias hematológicas, trasplantes e insuficiencia renal. Aunque todo el tubo digestivo es susceptible de infectarse, principalmente se compromete estómago, colon, intestino delgado y esófago. Las manifestaciones clínicas son: dolor, distensión abdominal, fiebre y hemorragia. Pueden observarse linfadenopatías regionales. La mucormicosis tiene una elevada tasa de mortalidad; sólo un 25% de los pacientes con compromiso GI son diagnosticados *premortem*. El diagnóstico se hace mediante biopsia del tejido infectado, que evidencia la presencia del hongo. La serología y PCR contribuyen al diagnóstico. El tratamiento consta de 3 pilares fundamentales: terapia antifúngica, extirpación quirúrgica del tejido infectado y manejo médico de la neutropenia. Es necesario iniciar en forma oportuna el tratamiento y dar un apoyo metabólico agresivo.

Objetivo: Presentar la experiencia de un caso clínico de mucormicosis gástrica en paciente con sepsis e inmunosupresión para dar a conocer su forma de presentación clínica, grupos a los que afecta, su forma de diagnóstico y tratamiento.

Materiales y métodos: Se revisaron artículos principalmente de casos reportes.

Resultados: Se trató de un hombre de 50 años con hábito tabáquico y étlico crónico, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática y pancreatitis crónica. Ingresó a hospital por tos con expectoración, disnea, ataque al estado general, documentándose datos de proceso neumónico basal derecho, con derrame pleural bilateral, con datos clínicos y bioquímicos de sepsis severa con leucocitosis de 40.000, con neutrofilia, trombocitopenia, TP alargado, procalcitonina muy elevada. Requirió de apoyo ventilatorio y paso a UCI, en donde comenzó con melena, se realizó panendoscopia en la que se visualizó a nivel de la curvatura mayor una úlcera socavada de 2 cm cubierta con fibrina de aspecto tumoral, con zonas de necrosis, se tomaron biopsias y 24 horas después se reportaron abundantes microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con *Mucor*, el cual producía angioinvasión y necrosis secundaria. Se inició manejo con Caspofungina sin embargo el paciente falleció 36 horas posteriores al diagnóstico.

Conclusiones: La mucormicosis gástrica es una infección fúngica grave, que debe sospecharse en un paciente inmunodeprimido, frente al hallazgo de una úlcera de aspecto neoplásico con necrosis. Si bien su pronóstico es ominoso, es necesario tenerla en mente para lograr un tratamiento oportuno y así aumentar la probabilidad de éxito terapéutico.

ID 240

Efecto de la suplementación con aminoácidos de cadena ramificada (AACR) en el estado nutricional de pacientes con cirrosis hepática compensada

Fabiola Sánchez-Meza, Astrid Ruiz-Margáin, Ricardo Ulises Macías-Rodríguez, Rosa María Muñoz-Fuentes, Ángeles Hernández-Ramírez y Aldo Torre-Delgadillo. Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. fabiolasnmza@gmail.com

Antecedentes: El manejo del estado nutricional en etapas tempranas impacta en el estado general del paciente y así puede retrasar complicaciones como desnutrición, presente hasta en 80% de los pacientes debido a una ingesta deficiente y un estado catabólico presente. La dieta alta en proteína aún poco utilizada por la

asociación con eventos de encefalopatía hepática (EH) y la suplementación no ha mostrado resultados convincentes según un meta-análisis (2008) que evaluó diversas dosis y tiempo de seguimiento. La medición del estado nutricional en cirrosis hepática es complicado ya que las herramientas utilizadas sub o sobrestiman debido a la presencia de ascitis o edema periférico, como el peso, índice de masa corporal (IMC), impedancia bioeléctrica convencional, albúmina; siendo la circunferencia media de brazo (CMB) el indicador de reserva proteica muscular menos afectado por la presencia de líquidos. Por lo tanto, una evaluación integral impactará en el retraso de complicaciones a largo plazo.

Objetivo: Evaluar si la administración de un suplemento nutricional oral (SNO) enriquecido con AACR mejora el estado nutricional de los pacientes con CH según parámetros clínicos, bioquímicos y antropométricos.

Materiales y métodos: Ensayo clínico aleatorizado, previo consentimiento, se reclutaron 68 pacientes con CH de diversas etiologías, Child-Pugh basal A o B, se incluyeron 2 grupos (A y B), A con dieta hiperproteica-alta en fibra (DHAF) (30 g de fibra), y B con DHAF más SNO rico en AACR (un sobre diario) con un total de 1,2 g/Kg de proteína, seguidos durante 6 meses. Se evaluó presencia de EH mínima con pruebas psicométricas (PHES), estado nutricional mediante impedancia bioeléctrica, CMB y análisis vectorial. Se realizó determinación de parámetros bioquímicos, clasificación según Child-Pugh y MELD. Análisis estadístico se utilizó *t* de Student, ANOVA de 2 vías, McNemar y Wilcoxon.

Resultados: El género predominante fue el femenino, edad mayor en el grupo A, como etiología más frecuente VHC. Comparando datos iniciales-finales por grupo se encontraron resultados significativos ($p < 0,005$) en IMC (A: $26,9 \pm 5,3$ - $27,9 \pm 5,2$, B: $27,6 \pm 5,5$ - $28 \pm 6,3$) y Child-Pugh en ambos grupos, y en CMB ($28 \pm 5,7$ - $30,7 \pm 5,1$) únicamente en el grupo A (DHAF+SNO); no se encontró diferencia significativa en los niveles de amoníaco, ni en el resto de las variables. Se asoció el consumo del SNO con el aumento en CMB únicamente en el grupo A (grupo A: $2,44 \pm 2,55$, $p < 0,005$ vs. grupo B: $0,379 \pm 3,34$). Se encontró según percentiles para evaluar reserva muscular por CMB un 75% de mejoría en el grupo A, y un 50% en el grupo B según el percentil basal-final. De acuerdo a los datos de impedancia bioeléctrica, el ángulo de fase se mantuvo en grupo A ($4,8 \pm 1,45$ - $4,8 \pm 1,1$) comparado con el grupo B ($5,3 \pm 1,79$ - $4,9 \pm 0,8$). El análisis vectorial no arrojó resultados grupales, únicamente para seguimiento individual. Ningún paciente progresó a encefalopatía hepática clínica.

Conclusiones: La medición estado nutricional medido por parámetros clínicos, antropométricos y bioquímicos con la administración de un SNO enriquecido con AACR, mantuvo valores de ángulo de fase durante el seguimiento y mejora en CMB, la dieta fue segura y el suplemento bien tolerado, la elevación del amoníaco sérico no tuvo repercusión en EH.

ID 243

Uso de TIPS para el manejo de complicaciones por hipertensión portal: experiencia en el Hospital San José Tec Salud

Miguel Ángel Carillo-Martínez, Laura Esthela Cisneros-Garza, José Arturo Ávila-Armendariz y Carlos Rodríguez-Montalvo. Hospital San José Tec Salud. Monterrey, N.L., México. laura_cisneros@yahoo.com

Antecedentes: El TIPS se ha utilizado por más de 20 años para el tratamiento de las complicaciones causadas por hipertensión portal (HTP) en gran cantidad de pacientes con enfermedad hepática alrededor del mundo.

Objetivo: Describir la experiencia con el uso de TIPS para el manejo de las complicaciones por la hipertensión portal en el Hospital San José Tec Salud.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en el que se realizó una búsqueda en el sistema RIS-PACS y en el archivo de ex-pacientes de nuestra institución y se incluyeron un total de 19 pacientes con diagnóstico de cirrosis y complicaciones de hipertensión portal tratados con TIPS en el departamento de radiología intervencionista del Centro Médico Hospital San José Tec Salud. Se registraron las fechas del procedimiento y la indicación del mismo, así como el tipo de complicación por hipertensión portal previa al procedimiento y posterior al procedimiento hasta su alta o durante el seguimiento en este mismo hospital, para valorar el éxito técnico (definido como la creación de un TIPS permeable entre la vena hepática y la vena porta), valorar el éxito hemodinámico (definido como una reducción del gradiente de presión venosa hepática por debajo de 12 mmHg) y valorar el éxito clínico (definido como resolución de la complicación de la hipertensión portal después del TIPS o bien el tiempo en el que el paciente se mantiene libre de síntomas, durante el seguimiento). También se registraron el tipo de *stent* utilizado, el gradiente de presión final y las complicaciones asociadas al procedimiento.

Resultados: Las indicaciones principales para la colocación de TIPS fueron: hemorragia de tubo digestivo secundaria a HTP en 9 pacientes (47,3%) ascitis refractaria a tratamiento médico en 9 (47,3%) e hidrotórax de difícil control en un paciente (5,2%). El éxito técnico del procedimiento fue alcanzado en el 100% de los pacientes. El éxito clínico completo se logró en el 16 pacientes (84,2% de los casos), los 3 pacientes restantes, uno de ellos no obtuvo respuesta al tratamiento y pertenecía al grupo de ascitis refractaria; los otros 2 pacientes, se perdieron durante el seguimiento. Ninguno de los pacientes, con indicación de TIPS por sangrado de tubo digestivo, presentó resangrado. El *stent* más utilizado fue el Smart en doce pacientes (63,15%), seguido del Viatore en 6 pacientes (31,5%), el Luminex en un paciente (5,2%). El gradiente de presión portosistémica final tuvo una media de 10,3 mmHg, con un rango de 6 a 12 mmHg. No hubo complicaciones asociadas al procedimiento. Tres pacientes fallecieron durante el seguimiento (uno 3 años después, otro 4 años después del TIPS y otro 6 meses después), un paciente fue transplantado, 2 pacientes siguen en lista de espera para el trasplante y el resto de los pacientes se perdió en el seguimiento.

Conclusión: El uso de TIPS previene efectivamente el sangrado de várices y disminuye la necesidad de toracocentesis en pacientes con hidrotórax intratable y las paracentesis en pacientes con ascitis refractaria mejorando la calidad de vida y el tiempo de sobrevida.

ID 244

Comparación de hallazgos histopatológicos de los niños con hepatitis neonatal idiopática progresiva y no progresiva

Norma Angélica Ibarra-García, Judith Flores-Calderón y Miguel Ángel Villasis-Keever. Departamento de Gastroenterología, Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS. México, D.F. norangie80@hotmail.com

Antecedentes: La hepatitis neonatal idiopática actualmente constituye del 10% a 15% de los casos de colestasis neonatal. Histopatológicamente, la característica en común es la presencia de células gigantes multinucleadas, colestasis intrahepática o intracanalicular, infiltrado inflamatorio con numerosos eosinófilos y fibrosis portal. El pronóstico de la HNI no se conoce con certeza; se ha reportado que pueden tener una evolución hacia resolución en el 80% de los casos y progresiva hacia enfermedad hepática crónica y cirrosis en más del 20% de los pacientes en un periodo de 8 a 12 meses.

Objetivo: Identificar y comparar las diferencias histopatológicas en las biopsias hepáticas de pacientes con hepatitis neonatal idiopática,

entre los casos con resolución de la colestasis antes de los 6 meses y aquellos que progresan a enfermedad hepática crónica.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio en el Servicio de Gastroenterología Pediátrica del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, retrospectivo, transversal, observacional y comparativo; en recién nacidos y lactantes con diagnóstico de hepatitis neonatal atendidos entre enero del 2006 a enero del 2012 y con seguimiento de por lo menos 6 meses posterior a la toma de biopsia hepática. Se evaluó por un mismo patólogo las características histológicas de las biopsias hepáticas. El análisis estadístico descriptivo se realizó con medidas de tendencia central y dispersión y para el análisis inferencial se realizó con *ji cuadrada*.

Resultados: La progresión de la enfermedad evaluada por puntaje de PELD fue de un 31,5% (6/19 pacientes) y los que presentaron resolución fue 69,5% (13/19 pacientes). De las variables histológicas que se analizaron en los 19 casos, se encontró que los hallazgos más frecuentes fueron la presencia de colestasis prácticamente en todos y presencia de eosinófilos en más de la mitad de los casos, 2/3 partes células gigantes multinucleadas y casi la mitad de los casos, la presencia de eritropoyesis. Las diferencias entre ambos grupos en colestasis fue de ($p=0,47$), eosinofilia ($p=0,34$), células gigantes ($p=0,70$) y eritropoyesis ($p=0,31$) y fibrosis portal ($p=0,17$); sin embargo la fibrosis portal se encontró en grado severa en 50% de los pacientes que presentaron progresión.

Conclusiones: Los hallazgos histopatológicos en niños con hepatitis neonatal encontrados en nuestro estudio son semejantes a los reportados en la literatura, la fibrosis fue el único parámetro encontrado en los niños que progresaron a diferencia de los que resolvieron la hepatitis bioquímicamente. Los casos que no se resuelven pueden corresponder a alguna entidad de causa conocida como colestasis familiar intrahepática progresiva, por lo que se requiere ampliar el estudio a través de otros métodos como inmunohistoquímica y buscar intencionadamente mutaciones que provoquen este tipo de colestasis.

ID 245

Púrpura trombocitopénica trombótica con actividad de ADAMTS-13 normal precipitada por un episodio de pancreatitis aguda alcohólica. Reporte de un caso

Reyna Lucía Elizondo-Rivera, José Alberto González-González, Héctor Jesús Maldonado-Garza y Francisco Cano-Lozano. Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Monterrey, N.L., México. reynaelizondo@gmail.com

Introducción: La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es un trastorno protrombótico raro (6:1.000.000) caracterizado por trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática. El desarrollo de PTT en un paciente con pancreatitis es una asociación rara, reportándose sólo 25 casos en la literatura indexada en la última década.

Caso clínico: Masculino de 31 años de edad que ingresa al hospital con 24 horas de dolor abdominal epigástrico transfiectivo y vómito. El interrogatorio y estudios paraclínicos son compatibles con pancreatitis aguda alcohólica. Sus estudios iniciales presentan leucocitosis con plaquetas, hemoglobina y tiempos normales, pruebas de función hepática sin anomalías, creatinina de 2,0 mg/dL y amilasa elevada 3 veces. Un TAC simple de abdomen mostró cambios consistentes con pancreatitis. A las 48 horas de haber iniciado el cuadro la falla renal progresa, desarrolla trombocitopenia (35.000 K/ul) hiperbilirrubinemia indirecta (BT 3,1 mg/dL; BI 2,4 mg/dL) y DHL 882 IU/L. Los tiempos y el fibrinógeno se mantuvieron normales, la prueba de Coombs directo fue negativa y el frotis de sangre periférica mostró >8% de esquistositos. Apareció oliguria y púrpura en extremidades inferiores. Se enviaron pruebas de actividad de ADAM

13 y se inició tratamiento con plasmaféresis. En las primeras 24 horas de tratamiento sus valores empeoraron (BT 7,3 mg/dL, BI 3,9 mg/dL, creatinina 2,5 mg/dL, plaquetas 15.000 K/ul; DHL 1.406 IU/L, reticulocitos en 8,8%). Para la cuarta sesión las plaquetas llegaron a 126.000 K/ul y las bilirrubinas (BT 1,6 mg/dL) y DHL (869 IU/L) disminuyeron. El paciente evolucionó favorablemente, se corrigió la falla renal y las plaquetas y PFH se normalizaron. La actividad del ADAM-13 fue normal, y se egresó 17 días después de su ingreso.

Discusión: En la mayor parte de las PTT inducida por pancreatitis los niveles de actividad de ADAM 13 sólo están moderadamente bajos, pero hay reportes con ADAM-13 normal. Esto sugiere que hay más en la fisiopatología de la PTT que el ADAM-13. En la pancreatitis la disfunción endotelial provocan la formación de una gran cantidad de polímeros de gran tamaño del factor de Von Willebrand (ULVWf). Se teoriza que estos son tan abundantes que no se requiere una deficiencia de ADAM-13 o la presencia de un inhibidor para que haya un desbalance entre los niveles de ULVWf y el ADAM-13. En los pacientes con pancreatitis severa sin PTT al medir la relación ULVWf:ADAM-13 si es >20:1 es de mal pronóstico. Esto, y el hecho de que los ULVWf tienen propiedades proinflamatorias, sugiere un efecto inmunomodulador del ADAM-13. En los pacientes con PTT idiopática a mayor actividad del ADAM-13 se asocia con un peor pronóstico y menor respuesta a la plasmaféresis. Nuestro paciente respondió favorablemente a plasmaféresis, lo que sugiere que la eliminación de citocinas podría estar relacionada con la respuesta clínica favorable.

ID 246

Mucocele apendicular: un hallazgo poco frecuente en la colonoscopia

Coty González-Fernández, Alicia Sofia Villar-Chávez, Claudia Panta-león-Martínez, Yukiyo Kimura-Fujikami, Alejandra Zarate-Osorno, Javier Ignacio Vinageras-Barroso y Jorge Pérez-Manauta. Hospital Español de México. México, D.F. cotyg83@gmail.com

Antecedentes: El mucocele apendicular es una patología poco frecuente del apéndice caracterizada por una dilatación quística de su luz con acumulo de material mucinoso. Tiene una prevalencia de 0,2%-0,4% de las apendicectomías, con mayor frecuencia se presenta entre la 5° y 6° década de la vida, predominando en mujeres. Suele presentarse como hallazgo incidental durante una intervención quirúrgica, exploración radiológica o procedimiento endoscópico en un 23%-50% de los casos. En la colonoscopia se observa una lesión submucosa extrínseca o se puede sospechar basándose en la protrusión lisa en el lumen cecal. La aparición del orificio apendicular en el centro del montículo se conoce como "signo del volcán". Existen 4 entidades clínicas clasificadas como mucocele: quiste de retención, mucocele simple o ectasia apendicular, hiperplasia, cistoadenoma mucinoso, y cistoadenocarcinoma mucinoso. La complicación más temible es el pseudomixoma peritoneal, que es difícil de tratar y conlleva un pronóstico incierto. El diagnóstico resulta difícil por los síntomas inespecíficos y a pesar de las técnicas de imagen, más del 60% de los casos sólo son diagnosticados tras la cirugía. La mayoría de los autores consideran que el tratamiento quirúrgico es el de elección.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente masculino de 54 años, asintomático con un mucocele apendicular, que fue resuelto con técnica quirúrgica laparoscópica.

Materiales y métodos: Paciente de 54 años de edad asintomático con antecedente familiar de cáncer colorrectal en familiar de primer grado. Se realiza colonoscopia para escrutinio de cáncer colorrectal. Se realiza estudio encontrando como hallazgo una masa lisa que protruye hacia la luz, bien delimitada en ciego. Al término de

la colonoscopia, se solicita una tomografía abdominal donde se observa una masa en ciego bien delimitada de 25,1 mm de diámetro transversal correspondiente a un mucocelo apendicular. Se interconsulta al Servicio de Cirugía General para su valoración.

Resultados: El Servicio de Cirugía General realiza colectomía parcial derecha con engrapadora lineal. El periodo postoperatorio se cursó con buena evolución. El paciente fue egresado 3 días después sin complicaciones ni incidentes.

Conclusiones: El término mucocelo se utiliza para describir una lesión poco frecuente del apéndice. Puede originarse de un tumor benigno como la hiperplasia mucosa o un cistoadenoma mucinoso o de uno maligno como sería el cistoadenocarcinoma mucinoso. Este caso nos muestra, que aunque el diagnóstico es la mayoría de las veces incidental; una buena exploración física, una adecuada interpretación de estudios de gabinetes, una colonoscopia pueden sugerir el diagnóstico y dictaminar un tratamiento definitivo para el mucocelo apendicular.

ID 248

Tumores del estroma gastrointestinal. Inusuales neoplasias del tracto digestivo con nuevas opciones terapéuticas. Presentación de 8 casos

Autor: Alejandro Ramón Ángeles-Labra, Jorge Leonardo-Diego, Felipe Zamarripa-Dorsey y María Elena López-Acosta. Hospital Juárez de México. México D.F. dr.angeleslabra@gmail.com

Antecedentes: Los tumores del estroma gastrointestinal (TEGI) constituyen un grupo de neoplasias poco frecuentes que se diferencian de otros tumores mesenquimatosos, entre otras cosas por la expresión del antígeno CD-117. Se presenta una serie de casos de TEGI, atendidos en el Hospital Ángeles Lomas.

Objetivo: Describir la experiencia en el diagnóstico, características morfológicas y tratamiento de los TEGI en el Hospital Ángeles Lomas.

Materiales y métodos: Se revisaron todos los casos de TEGI, presentadas en este hospital entre enero de 2006 y marzo de 2012, se evaluó cada uno de los estudios histopatológicos y los expedientes clínicos para evaluar el diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Se encontraron un total de 8 casos de TEGI con un rango de edad entre 40 y 69 años, la presentación inicial más frecuente fue como hallazgo en la realización de estudios por enfermedad no asociada en 4 pacientes, seguido de sangrado de origen oscuro en 2 casos y dolor abdominal en 2. Tres de estos tumores se localizaron en yeyuno, 2 en estómago, 2 en íleon y uno en duodeno. El tamaño del tumor fue mayor a 5 cm en 6 de los casos y menor a 1 cm en 2 de ellos. Sólo uno de los casos presentó metástasis al momento del diagnóstico y 7 de las 8 piezas quirúrgicas fueron positivas a CD-117. En todos los casos el tratamiento fue resección quirúrgica e imatinib en 5.

Conclusiones: Los TEGI constituyen un grupo poco frecuente de neoplasias del tracto gastrointestinal, con manifestaciones clínicas muy variadas, que en nuestra población generalmente se detectan de manera incidental, por lo que es necesario tener un alto índice de sospecha para establecer diagnóstico y tratamiento oportunos.

ID 252

Adenomatosis hepática en un paciente masculino sin factores de riesgo

Nallely Deshore Castañeda-Huerta, Fabián Betancourt-Sánchez, José Luis Rodríguez-Chávez, Juan Manuel Aldana-Ledesma, José

Antonio Velarde Ruíz-Velasco y Francisco Álvarez-López. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal., México. nallely_des@hotmail.com

Antecedentes: El adenoma hepatocelular es un tumor epitelial benigno poco frecuente, que se detecta generalmente en mujeres jóvenes (90%). Se puede presentar como una lesión solitaria (80%) y ocasionalmente como tumoraciones múltiples en el hígado, denominándose adenomatosis hepática. Pueden surgir espontáneamente o asociados con anticonceptivos orales, embarazo, anabólicos andrógenos, enfermedades de almacenamiento de glucógeno, diabetes mellitus tratada con insulina, esteatosis hepática y anomalías vasculares hepáticas congénitas.

Objetivo: Dar a conocer un caso con una presentación atípica de adenomatosis hepática.

Materiales y métodos: Presentamos un caso de adenomatosis hepática con lesiones mayores de 5 cm en un paciente, sin factores precipitantes asociados.

Resultados: Masculino de 33 años con antecedente de colitis ulcerosa de 9 años de diagnóstico tratado con sulfasalazina, con actividad moderada en colonoscopia y leve en histopatología. Inicia 6 meses previos con saciedad temprana y dolor abdominal. EF: abdomen asimétrico por abombamiento a expensas de tumoración localizada en hipocondrio derecho, epigastrio, hipocondrio izquierdo, mesogastrio y flanco derecho, indurada, se palpa 18 cm por debajo del borde costal derecho, a nivel de la línea media clavicular. Exámenes de laboratorio Hb:14,4 g/dL, Hto 44,7%, plaquetas 256.000/mcl, glucosa 131 mg/dL, TP 11,5, INR 1,01, TPT 34,7, urea 29 mg/dL, creatinina 0,6 mg/dL, BT 1,68, albúmina 3,1, AST 152 U/L, ALT 176 U/L, FA 311U/L, DHL 238 U/L, Ca 19-9: 40 (0-36,2 U/mL). TC abdominal: en la fase simple el hígado con imágenes hipodensas, que en la fase arterial captan el medio de contraste pero no presentan halo de reforzamiento. RM parénquima hepático sustituido por múltiples nódulos, de tamaño variable, que se muestran hiperintensos con ausencia de una cicatriz central en la fase arterial. Biopsia hepática percutánea con dilatación sinusoidal, falta de espacios portales, células con aclaramiento nuclear, áreas de extravasación de eritrocitos, de necrosis coagulativa y licuefactivas.

Conclusiones: La tendencia actual del manejo de adenomatosis hepática se basa en el riesgo de presentar las complicaciones más comunes: hemorragia del tumor y transformación maligna. Se debe tener en cuenta que el presentar múltiples lesiones no se ha asociado a una mayor tendencia de complicaciones. La transformación maligna se ha reportado con mayor frecuencia en hombres y en adenomas de más de 5 cm de diámetro. El riesgo de sangrado se ha encontrado particularmente en adenomas mayores a 5 cm y con histopatología con predominio de dilatación sinusoidal. Debido a la presencia de múltiples lesiones, al crecimiento agresivo con compromiso de los órganos adyacentes, a la sintomatología severa y a los factores de riesgo de complicaciones presentadas en este caso, actualmente el paciente se encuentra en protocolo de trasplante hepático.

ID 253

Prevalencia de los microorganismos en colangitis aguda en una población en riesgo en un centro hospitalario de 3° nivel en México

José Fernando Castro-Gómez, Ignacio García-Juárez y Juan Francisco Sánchez-Ávila. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. kastrillo@hotmail.com

Antecedentes: La colangitis aguda es la infección del tracto biliar que amerita un tratamiento antibiótico eficaz para su adecuada resolución. En la mayoría de los casos la elección del tratamiento

antimicrobiano es empírica. Los estudios epidemiológicos basados en cultivos microbiológicos y su patrón de resistencia nos orientan a elegir los antibióticos con el espectro apropiado, dirigidos contra los agentes causales más comunes.

Objetivo: El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de los microorganismos cultivados en bilis y sangre, el patrón de susceptibilidad antibiótica en pacientes con colangitis aguda. Así como conocer la etiología de la patología biliar con mayor prevalencia.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de 198 expedientes catalogados como infección aguda del tracto biliar en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ) del 1 de enero de 2000 al 31 de agosto de 2010. Se incluyeron sólo a los casos de colangitis aguda con cultivos de líquido biliar y/o hemocultivo positivos.

Resultados: Solo cumplieron con los criterios de inclusión 100 casos. La media de edad de la población estudiada fue 54 años. El 66% mujeres y 34% hombres. La etiología más común fue por lesiones benignas de la vía biliar en el 59% (iatrógena principalmente), y en el 41% por lesiones malignas principalmente cáncer de páncreas. El 80% de nuestra muestra tenía el antecedente de manipulación de la vía biliar, y el 58% ya había sufrido uno o más eventos de colangitis aguda. Se aislaron 139 bacterias, por hemocultivo se obtuvo el 79%, 16% por cultivo biliar y el 5% en ambos medios. El 76% fueron bacilos Gram negativos y 24% cocos Gram positivos. Los patógenos aislados con mayor frecuencia fueron *E. coli* (50,7%), *Enterococcus spp* (20,3%) y *Seudomonas spp* (6,5%). Los antibióticos con mayor efectividad fueron amikacina, carbapenémicos y vancomicina. El 30% y 60% de las *E. coli* fueron resistente a las cefalosporinas de 3^o generación y quinolonas, respectivamente. El 70% de los casos ameritó tratamiento invasivo. Como parte del tratamiento el drenaje endoscópico de la vía biliar fue el más utilizado (51%), seguido del drenaje percutáneo y quirúrgico.

Conclusiones: El INCMNSZ es un centro de de referencia para el manejo de la patología del tracto biliar. Esto explica la alta prevalencia de manipulación biliar en nuestra población y pudiera estar en relación a una mayor prevalencia de *Enterococcus spp.* a la reportada en la literatura. La cefalosporinas de 3^o generación y quinolonas no parecen ser buenas opciones terapéuticas en nuestro medio. La mayoría requirió tratamiento invasivo lo cual demuestra la complejidad en el manejo de esta infección, y la necesidad de un abordaje multidisciplinario incluyendo clínicos, endoscopistas, radiólogos intervencionistas y cirujanos.

ID 255

Prevalencia de pacientes con cirrosis primaria y su perfil bioquímico en el CMN "20 de Noviembre"

José Alberto Coronado-Terrazas, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Jesús Gerardo López-Gómez, Miriam Gabriela Reyes-Zermeño, Tomas Cortés-Espinosa, Lol-Be Pinzón-Te, Fabiola Maely González-Ortiz, Boris Ariel Hernández, Elizabeth Buganza-Torio y Armando Alonso-Martínez. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSTE. México, D.F. beto_coronado@yahoo.com

Antecedentes: La cirrosis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica, con afectación principalmente en mujeres en la quinta década de la vida, caracterizada por una destrucción progresiva de los conductos biliares pequeños, septales e interlobulares lo que da a lugar a colestasis y a la cirrosis biliar. Los pacientes pueden ser diagnosticados en la fase asintomática al encontrar niveles elevados de fosfatasa alcalina (FA) como primer hallazgo bioquímico, el cual a su vez se encuentra fuertemente asociado a la severidad de ductopenia e inflamación. Asimismo, los niveles séricos de FA son frecuentemente utilizados en la práctica clínica como un

parámetro de respuesta a la terapia con ácido ursodeoxicólico.

Materiales y métodos: Estudio transversal, retrospectivo y observacional de pacientes con diagnóstico de CBP en el periodo de enero del 2010 a junio del 2013 adscritos al Servicio de Gastroenterología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" con diagnóstico de CBP.

Además, se analizaron niveles de FA al momento del diagnóstico y en su última valoración y parámetros para clasificación de Child-Pugh.

Resultados: Se encontraron un total de 73 pacientes de los cuales 65 son mujeres y 8 son hombres, con un rango de edad de los 28 hasta los 84 años, con un promedio de 43,9 años de edad. De estos 73 pacientes, 58 (79,4%) fueron diagnosticados en un estadio Child-Pugh A; 14 pacientes (19,1%) en Child-Pugh B y 1 (1,3%) en Child-Pugh C. Además se encontraron promedios iniciales de fosfatasa alcalina en 425,1 U/L. Los niveles promedio de FA durante las visitas subsecuentes en los últimos 3 años y medio fueron de 312,5 U/L. Al analizar la variación de los niveles séricos de FA se encontró una *t* de Student de 4,85 con un valor estadístico significativo.

Conclusiones: Debido a la falta de reportes estadísticos de cirrosis biliar primaria en México, es importante determinar el comportamiento demográfico de esta patología en nuestro país. Además, si bien se ha catalogado a la CBP como una enfermedad hepática crónica, la mayoría de los pacientes presentan hepatopatía en un estadio temprano y una progresión lenta de la misma. Por este motivo se deberá analizar en estudios futuros la utilidad de estadificar a estos pacientes de acuerdo a la clasificación de Child-Pugh. Por último, aunque normalmente existe un descenso significativo en los niveles de FA a base de tratamiento con ácido ursodeoxicólico, es difícil alcanzar niveles normales durante el transcurso de la patología.

ID 257

Sobreposición de hepatitis autoinmune e infección por virus de hepatitis C: reporte de caso y revisión de la literatura

Ernesto Cantú-Llanos, Daniel Ruiz-Romero, Rodrigo Soto-Solís y Juan Francisco Sánchez-Ávila. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. doctorcantullanos@hotmail.com

Antecedentes: El síndrome de sobreposición de virus de hepatitis C (VHC) con hepatitis autoinmune (HAI) se caracteriza por hallazgos clínicos, inmunológicos e histológicos de ambas enfermedades. Las opciones terapéuticas son corticosteroides (CS) o Interferón (IFN), sin embargo existe una respuesta diferente con cada una de estas opciones. Mientras que la mayoría de los estudios reportan una alta respuesta con corticosteroides, existe evidencia en la cual aquellos que son manejados con IFN tienen una baja tasa de respuesta y pueden exacerbar su hepatopatía.

Objetivo: Demostrar la respuesta a tratamiento en pacientes con síndrome de sobreposición de HAI y VHC.

Materiales y métodos: Reporte de caso de una paciente con síndrome de sobreposición (HAI y VHC), a la cual se le dio tratamiento a base de CS e IFN, su respuesta al tratamiento y una revisión de la literatura.

Resultados: Se trata de una mujer de 58 años portadora de DM tipo 2 quien inició 2 años previos con astenia, adinamia e hiporexia de un mes de evolución. Mediante estudios de gabinete se detectó PLT 69.000, BT 1,77 mg/dL, AST 61, ALT 37, FA 296, IgG 2.808, AFP 17,3, así como panel viral de hepatitis crónica con anti-VHC indeterminado y carga viral de 672,363 copias, ANA 1:320 aspecto moteado fino, anticuerpos anti músculo liso 1:80. Ultrasonido de hígado y vías biliares con datos de hepatopatía crónica e esplenomegalia. Se realizó biopsia hepática con hallazgos de cirrosis hepática, actividad

intensa y predominio de células plasmáticas con un componente autoinmune. Debido a los hallazgos histológicos se inició prednisona por 8 semanas, sin embargo se suspendió debido a intolerancia y descontrol glicémico. Tres meses después se manejó con IFN y ribavirina (RBV), obteniendo una carga viral indetectable para la semana 12; sin embargo hacia la semana 18 presentó ascitis y neumonía de focos múltiples ameritando hospitalización y subsecuentemente suspensión del tratamiento. Actualmente con pruebas de funcionamiento hepático normales, IgG 2.238, trombocitopenia de 72.000 y una carga viral de 289.135 copias.

Conclusiones: Los hallazgos de hepatitis de interfase en pacientes portadores de VHC son raros (5,2%) y sólo 2% de estos tienen criterios serológicos e histológicos típicos de autoinmunidad. La respuesta favorable con el uso de esteroides los convierte en primera línea de tratamiento, sin embargo, en nuestra paciente no se observó esta respuesta, principalmente por la presencia de efectos adversos. Debido a que la sobreposición es un hallazgo poco común, es importante determinar si el tratamiento en base a la predominancia histológica tiene un valor pronóstico favorable para la respuesta al tratamiento o si existe alguna otra característica que nos ayude a determinar el manejo adecuado en estos casos.

ID 258

Trastornos motores esofágicos y su correlación clínico-endoscópica en la enfermedad por reflujo gastroesofágico en un centro de 3° nivel

Elizabeth Segura-Gómez, Luis Ariel Waller-González, Juan Pablo Borbolla-Arizti, Maricarmen Lomas-Bautista y Alma Laura Ladrón-de Guevara. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. endolisy@hotmail.com

Introducción: En la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se han descrito alteraciones como hipotensión del esfínter esofágico inferior y más recientemente dismotilidad esofágica.

Objetivo: Analizar la frecuencia de trastornos motores esofágicos en pacientes con ERGE, su correlación con síntomas y hallazgos endoscópicos.

Material y métodos: De 1.325 estudios realizados de febrero de 2007 a junio de 2013 en el Servicio de Endoscopia del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", se seleccionaron 443 estudios aleatoriamente enviados por ERGE. Se analizaron síntomas de reflujo típico, atípico, la asociación con los hallazgos endoscópicos y manométricos. Se excluyeron casos con Barrett y/o antecedente de cirugía anti-reflujo. Se documentó el antecedente de diabetes mellitus e hipotiroidismo y se realizó análisis estadístico para determinar la asociación de características clínicas, endoscópicas y manométricas con prueba *ji cuadrada*, *t* de Student y prueba de Kruskal Wallis.

Resultados: El promedio de edad fue de 46,67 años, 73,4% del sexo femenino y 26,6% del sexo masculino. La presión promedio del esfínter esofágico inferior fue de 16,7 mmHg \pm 8,68 mmHg. No se encontró una diferencia significativa entre la presión del esfínter inferior y los diferentes grados de esofagitis ($p=0,77$) El 63,7% de los estudios manométricos fueron normales de acuerdo a la Clasificación de Castell, el 27,3% con motilidad esofágica inefectiva, espasmo esofágico difuso en 5,4%, el trastorno hipercontráctil en 2,3% y aperistalsis en 1,4%. La dismotilidad se asoció al grado de esofagitis ($p=0,03$). La frecuencia endoscópica de hernia hiatal fue de 79,7%, se encontró asociación con el grado de esofagitis ($p=0,003$) hipotensión del esfínter inferior ($p=0,015$) y motilidad inefectiva ($p=0,017$).

Conclusiones: A medida que se incrementa el grado de esofagitis se encuentra mayor frecuencia de trastornos de motilidad. No se encontró una relación entre la presencia de hipotiroidismo y diabetes mellitus con dismotilidad, ni de gastropatía alcalina con esofagitis o

dismotilidad. La presencia de hernia hiatal se asocia a esofagitis, a una presión baja del esfínter esofágico inferior y a motilidad inefectiva.

ID 260

Prevalencia de osteodistrofia hepática y riesgo de fractura calculado a 10 años con validación del riesgo FRAX en pacientes cirróticos del Hospital General de México

Azucena Isabel Casanova-Lara, Pilar Peniche-Moguel, Eduardo Pérez-Torres, Viridiana López-Ladrón de Guevara, Galileo Escobedo y Jaqueline Córdova-Gallardo. Hospital General de México. México, D.F. azucena_casanova@hotmail.com

Antecedentes: La osteodistrofia hepática es cualquier alteración ósea ocurrida en pacientes con cirrosis hepática. Esta enfermedad afecta la morbilidad, calidad de vida y supervivencia en estos pacientes. Se conoce una prevalencia del 50% en pacientes con cirrosis por infección viral y 30% en pacientes con cirrosis por consumo de alcohol. Hay disminución en la función de osteoblastos, aumento de la actividad de osteoclastos y niveles bajos de 25 hidroxivitamina D. Para valorar la densidad mineral ósea (DMO) se realiza una densitometría ósea donde se reporta el T-score clasificando la enfermedad en osteopenia y osteoporosis, sin embargo no ha sido este estudio una herramienta suficiente para determinar que personas tienen riesgo de fractura por carecer de sensibilidad. Por lo que se creó la herramienta FRAX (*Fracture Risk Assessment Tool*), un model que permite predecir el riesgo absoluto de fractura a 10 años integrando factores clínicos de riesgo.

Objetivo: Conocer la prevalencia y factes de riesgo de osteodistrofia hepática en pacientes cirróticos de cualquier etiología del Hospital General de México y validación del riesgo FRAX como herramienta en la evaluación de pacientes cirróticos.

Materiales y métodos: Se revisarán expedientes del Servicio de Gastroenterología, trasplantes y clínica de hígado del HGM durante el 2012. Se calculó el riesgo individual de fractura FRAX.

Resultados: Se incluyeron 52 expedientes. Con edad promedio de 55,4 \pm 12,2, 73,1% mujeres y 26,9% hombres. IMC promedio fue de 24,6 dentro de rangos normales. La gravedad de la enfermedad por Child-Pugh fue de 9 en promedio, MELD de 11,71 \pm 4,14 y Mayo SCore para las causas colestasicas de 2,9 \pm 3,31. El promedio de DMO fue de 0,756 \pm 0,1896 mg/cm². T-score promedio -2,34 \pm 1,0. De éstos, 9,6% estuvieron dentro de rangos normales, 50% en rangos de osteopenia y 40,4% en osteoporosis. El 90,4% con enfermedad ósea. El riesgo de fractura 10 años con la herramienta FRAX fue de 7,77 \pm 6,7 si a este valor se le agregan los datos de T-score el riesgo de fractura FRAX se eleva a 13,72 \pm 12. Se encontró correlación significativa en pacientes cirróticos por causas colestasicas con fosfatasa alcalina ósea y vitamina D. Se realizó análisis por etiología encontrando relacion altamente significativa entre etiología colestásica con T-score, fosfatasa alcalina ósea, edad y FRAX. Coincidiendo con literatura previa de mayor riesgo de osteodistrofia hepática.

Conclusiones: La prevalencia de osteodistrofia hepática en cirróticos del HGM fue del 90,4%. No hay diferencias de esta prevalencia en las diferentes causas de cirrosis, Los niveles de fosfatasa alcalina ósea y vitamina D se relacionan con el riesgo de esta enfermedad. No hay literatura previa que calcule este riesgo FRAX en pacientes con cirrosis hepática. De acuerdo a estos hallazgos el riesgo de fractura FRAX calculado en la primera entrevista con pacientes cirróticos mayor a 2 podría ser un punto de cohorte para realizar densitometría ósea e iniciar un esquema de vigilancia y tratamiento.

ID 261

Pancreatitis crónica: experiencia en un Instituto Nacional de Salud Latinoamericano: aplicación de la clasificación M-HANNEIM

Mariana Mayumi Ibarra-Morales, Jorge Hernández-Calleros y Alethse de la Torre-Rosas. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. marianamim@gmail.com

Antecedentes: La falta de lineamientos concretos para el diagnóstico de la PC ha limitado el estudio y el tratamiento de esta entidad, ya que los protocolos de investigación no pueden ser unificados ni comparados, y los pacientes no son diagnosticados en etapas tempranas. El sistema de clasificación M-ANNHEIM pretende servir como medio para homogenizar el conocimiento en materia de pancreatitis crónica. Por otra parte, se carece de información acerca de la epidemiología y evolución de este padecimiento en población latinoamericana.

Objetivo: Establecer las características epidemiológicas y la evolución clínica de los pacientes con pancreatitis crónica atendidos en la clínica de páncreas de un hospital de 3° nivel Latinoamericano, en el periodo comprendido de enero de 1977 a enero de 2013, utilizando como base el sistema de clasificación M-ANNHEIM.

Material y métodos: Se realizó la revisión de 117 expedientes, de los cuales se descartaron 17 por encontrarse incompletos. Se obtuvieron características epidemiológicas básicas: edad al diagnóstico, sexo, hospitalizaciones, hospitalizaciones asociadas a la pancreatitis crónica, eventos de pancreatitis aguda. Se registraron los hallazgos de los estudios de imagen realizados durante el seguimiento de los pacientes. Tomando como base el sistema M-ANNHEIM: factores de riesgo criterios diagnósticos, etapa clínica, índice de gravedad (todos estos tanto a la presentación como al corte del periodo).

Resultados: El 60% de los pacientes fueron hombres y 40% mujeres. A la presentación el 86% cumplió criterios de pancreatitis crónica definitiva (60% asociada a alcohol), teniendo un 51% un índice de gravedad B (incrementado) y el 30% índice de gravedad A (menor). La mayoría de los pacientes se encontraba al diagnóstico en etapa de pancreatitis crónica sintomática (30%-II y 26%-I). Al corte del estudio el 43% correspondía a la etapa II y el 20% a la IV. Los principales motivos de consulta fueron dolor abdominal crónico (48%), pancreatitis aguda de repetición (40%) y diarrea crónica (24%). Los hallazgos clínicos iniciales relevantes: dolor abdominal (93%), náusea (58%), diarrea crónica (51%) y pérdida de peso (54%). Factores de riesgo conocidos identificados: dislipidemia (88%), alcoholismo (60%) y tabaquismo (39%). Las complicaciones más identificadas fueron: estenosis del colédoco (15%) y pseudoquistes (27%).

Conclusiones: La cohorte histórica mexicana de pancreatitis crónica presenta características epidemiológicas similares a las reportadas en otros países. La dislipidemia se presenta con alta frecuencia. Como en otras series el tabaquismo y alcoholismo se encuentran entre los principales factores de riesgo. La mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapas tardías caracterizadas por insuficiencia exocrina y dolor.

ID 263

Tumoración pancreática como presentación de pancreatitis autoinmune

José Alberto Coronado-Terrazas, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Jesus Gerardo Lopez-Gómez, Miriam Gabriela Reyes-Zermeño, Tomas Cortés-Espinosa, Lol-Be Pinzon-Te, Fabiola Maely González-Ortiz, Boris Ariel Hernández, Elizabeth Buganza-Torio y Armando

Alonso-Martínez. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSTE. México, D.F. beto_coronado@yahoo.com

Antecedentes: La pancreatitis autoinmune (PAI) es una enfermedad inflamatoria crónica y esclerosante del páncreas. La característica distintiva de la enfermedad es la asociación con IgG4 y la infiltración linfoplasmática del tejido pancreático. Complicaciones como formación de litos, fibrosis e insuficiencia pancreática son frecuentes, por lo que el diagnóstico y tratamiento temprano son importantes para evitar la progresión de la enfermedad.

Materiales y métodos: Se reporta un caso de paciente femenino de 53 años de edad, con antecedente de taquicardia supraventricular controlada con flecainida, y diagnóstico reciente de cirrosis biliar primaria, la cual presenta una tumoración pancreática causante de cuadro de ictericia obstructiva. La paciente niega pérdida ponderal u otra sintomatología. Durante su protocolo de estudio se encuentra lo siguiente: Leu 5,9, Hb 10,8, plaquetas 170, BT 2, BD 1, ALT 50, AST, 52, fosfatasa alcalina 262, lipasa 296, amilasa 214, Albúmina 2,5, proteína C reactiva 11,2, VSG 48, IGG 950, IGG4 143, IGM 275, IGA 1.160, anticuerpos anti-SSA 1,4, anti-DNA 131, anti-SM 21,3, anti-músculo liso negativo, anti-mitocondriales positivo 1:320, Ca-19,9 123. La tomografía y RM abdominal reportan tumoración en cabeza de páncreas que comprime el duodeno y cava, además de crecimiento pancreático difuso. Se realiza CPRE, la cual se reporta normal.

Resultados: Debido al comportamiento benigno de la tumoración pancreática, la presencia de IGG4 y a las características bioquímicas de actividad inflamatoria autoinmune, se decide iniciar terapia a base de prednisona 40 mg al día. Posteriormente se realiza nueva tomografía de control al cumplir un mes de tratamiento, encontrando disminución importante del tamaño de la tumoración, así como mejoría del patrón obstructivo e ictericia.

Conclusiones: Actualmente, es importante considerar a la PAI como una causa directa de tumoración pancreática, sobre todo en aquellos pacientes que presentan enfermedades autoinmunes concomitantes y crecimiento difuso del páncreas. Aún más, es trascendental considerar la respuesta a corticosteroides como criterio diagnóstico y de seguimiento en estos pacientes, ya que el desarrollo de complicaciones es frecuente.

ID 268

Manejo exitoso de necrosis pancreática organizada infectada con drenaje percutáneo

Paulo César Gómez-Castaños, Ángel Gómez-Cruz, Josué Ramírez-Lugo, Enmanuel Ramón Espinal-Gómez, José Antonio Velarde Ruiz-Velazco y Francisco Álvarez-López. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal., México. paulo_gomez@hotmail.com

Antecedentes: La necrosis pancreática organizada infectada (NPOI) es una complicación tardía (>4 semanas) de la pancreatitis necrotizante. El diagnóstico de necrosis pancreática infectada puede sospecharse por la evolución clínica tórpida o por la presencia de gas en una colección que se observa en una tomografía computada (TC). Este gas extraluminal se encuentra en zonas de necrosis y puede o no formar niveles hidroaéreos dependiendo de la cantidad de líquido contenido presente en esa etapa de la enfermedad. En caso de duda, se puede realizar aspiración con aguja fina (AAF) para cultivo de la muestra obtenida, pero algunos estudios han mostrado que la mayoría de los pacientes pueden ser tratados sin AAF, especialmente si el drenaje percutáneo es parte del algoritmo de tratamiento.

Objetivo: Realizar la revisión bibliográfica de la NPOI y su tratamiento basado en la presentación de un caso clínico del Servicio de

Gastroenterología del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".

Materiales y métodos: Se incluye el caso de un paciente que acude a nuestro hospital por un cuadro de dolor abdominal. Se realiza TC de abdomen en la cual se encuentran imágenes compatibles con una NPOI, realizándose las medidas terapéuticas de acuerdo al algoritmo de tratamiento de estos casos.

Resultados: Masculino de 37 que presenta dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo, de 10 días de evolución, de tipo punzante el cual disminuye de intensidad en posición decúbito dorsal y aumenta con la ingesta de cualquier tipo de alimentos. Se agrega fiebre y vómito de contenido biliar; posteriormente presenta evacuaciones diarreicas. Antecedente de ingesta abundante de alcohol y cuadro de probable pancreatitis aguda alcohólica tratado ambulatoriamente en otra institución. Ingresa con signos vitales normales, se aprecia abdomen asimétrico a expensas de tumoración abdominal, dolorosa de 12 x 12 cm en epigastrio y mesogastrio, sin datos de irritación peritoneal; Hb 9,86 g/dL, Hct 30,1%, leu 9.380 c/mm³, BUN 16,8 mg/dL, creat 1,17 mg/dL, AST 37 U/L, ALT 18 U/L, BT 1 mg/dL, amilasa 40 U/L. La placa simple de abdomen muestra gran nivel hidroaéreo, redondeado en región media. En la TC se aprecia colección de 10 x 8 x 10 cm con burbujas aéreas y material líquido denso en zona anterior de la cola del páncreas e imágenes hiperdensas en la periferia carentes de perfusión. Ante el diagnóstico de NPOI se inicia tratamiento con meropenem y metronidazol por 7 días y se realiza drenaje percutáneo con catéter de 14Fr obteniendo 600 mL de pus con abundantes detritus, el cultivo es negativo. Se egresa al 10^o día, asintomático, con drenaje funcional.

Conclusiones: La identificación oportuna de las complicaciones tardías de la pancreatitis necrotizante nos permite establecer el tratamiento más adecuado. Anteriormente, el abordaje para necrosis infectada era quirúrgico. La evidencia actual favorece una terapéutica de pasos escalonados de drenaje percutáneo o endoscópico, necrosectomía endoscópica seguido por necrosectomía de mínima invasión. Este tipo de abordaje disminuye la estancia intrahospitalaria y la morbilidad, por lo que éste debe ser el tratamiento de elección en NPOI.

ID 276

Prevalencia de cirrosis hepática mediante elastografía transitoria en una población socioeconómicamente vulnerable

Jorge Torres-Sánchez, Juan Luis Romero-Flores, Sandra Ramírez-Álvarez, Paulina Álvarez-Quiroz, Jorge Alberto Castro-Ramírez, Alfonso Migoya-Nuño, Erick Enríquez-Rebolledo, Luis Humberto Edauve-Ramos, César Cuen-Ojeda, Angélica Ávila-Ayala, Alejandra González-Mira, MinSeung Jeong, Eva Juárez-Hernández, José Pérez-Jaureguí, Victor Noffal-Nuño, Nahúm Méndez-Sánchez, Misael Uribe-Esquivel y Norberto Carlos Chávez-Tapia. Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F. jorge8576@gmail.com

Antecedentes: La elastografía transitoria (ET) ha mostrado ser una herramienta de gran utilidad para la evaluación de fibrosis hepática, como una alternativa de la biopsia hepática; sin embargo no se ha validado como un procedimiento de tamizaje en población aparentemente sana.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de fibrosis hepática por métodos no invasivos en población general de regiones socialmente vulnerables y geográficamente aisladas.

Materiales y métodos: Después de una convocatoria abierta a la población de Tlapa de Comonfort, Guerrero, México, fueron incluidos pacientes voluntarios sin evidencia de cirrosis. Todos los participantes fueron evaluados con historia y exámenes clínicos, además de la medición de la rigidez hepática (MRH).

Resultados: Se incluyeron 299 pacientes, 10 pacientes fueron excluidos por una MRH fallida, 57 pacientes tuvieron una MRH poco confiable. El 7,35% de los sujetos presentaron alto riesgo para cirrosis. 3 variables correlacionaron con el riesgo de obtener medición de ≥ 9 kPa por ET: consumo de alcohol (7,95% vs. 92,04%; OR=4,47; IC95%=1,45-13,78; $p=0,0167$), índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 Kg/m² (30,87% vs. 69,12%; OR=42,53; IC95%=1,04-6,10; $p=0,049$), y diabetes mellitus (14,87% vs. 85,12%; OR=2,76; IC95%=1,002-7,63; $p=0,0419$). En el análisis multivariado el IMC ≥ 30 Kg/m² fue el único factor de riesgo estadísticamente significativo para fibrosis hepática avanzada o cirrosis (OR=2,5348; IC95%=1,0162-6,3227; $p=0,0460$).

Conclusiones: La prevalencia de fibrosis avanzada detectada por ET en una población vulnerable fue mayor de los datos reportados anteriormente en México. Se considera a la obesidad como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de fibrosis avanzada en esta población.

ID 285

Efecto del uso de anticonceptivos orales sobre el desarrollo de hemangiomas hepáticos gigantes con respecto a los hemangiomas hepáticos convencionales

Carlos Moctezuma-Velázquez, Gustavo López-Arce, Leonardo Martínez-Rodríguez, Octavio René García-Flores, Mónica Chapa-Ibargüen-goitia, Christian Escalona-Huerta, Jorge Alberto Martínez-Lozano y Aldo Torre-Delgadillo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. scorpiomv_16@hotmail.com

Antecedentes: Los hemangiomas hepáticos son los tumores hepáticos benignos más comunes, con una prevalencia de alrededor del 7% en autopsias y de un 1%-20% en la población general. Se sabe que con más comunes en mujeres, como parte probablemente del efecto hormonal estrogénico. Los hemangiomas hepáticos gigantes (HHG) son aquéllos que miden más de 4 cm en su diámetro máximo. En algunos estudios se ha visto una asociación entre el uso de anticonceptivos orales y los hemangiomas hepáticos, pero no se ha comparado el efecto de los mismos con respecto al desarrollo de HHG.

Objetivo: Determinar el papel de la exposición a anticonceptivos orales sobre el desarrollo de HHG con respecto al desarrollo de hemangiomas hepáticos convencionales.

Materiales y métodos: Realizamos una búsqueda en archivo de los expedientes con diagnóstico de hemangioma hepático entre los años 1990 y 2008. De cada paciente se obtuvieron datos demográficos y el antecedente de exposición a anticonceptivos orales. Los resultados se compararon por prueba de *ji cuadrada*.

Resultados: Se obtuvieron 57 registros de pacientes con HHG, 41 (72%) pertenecían al género femenino, y 32 enfermos (56%) tenían un HHG, el resto tenía un hemangioma convencional. La mediana de tamaño de los hemangiomas fue de 4,49 cm. Con respecto al uso de anticonceptivos orales, este antecedente fue más común en el grupo de pacientes con hemangioma hepático gigante con respecto al grupo de pacientes con hemangiomas convencionales ($p=0,001$; OR=1,45; IC=1,29-1,7).

Conclusiones: Los HHG son más comunes en la mujer; el uso de anticonceptivos orales parece conferir riesgo para el desarrollo de un HHG sobre el desarrollo de un hemangioma convencional.

ID 287

Manifestaciones extrahepáticas en pacientes con alteraciones del metabolismo del hierro

Camilo Guillermo Guerrero-Velásquez, Jorge Adolfo Martínez-Lozano, Héctor Hugo Barragán-Córdoba, Juan Francisco Sánchez-Ávila e Ignacio García-Juárez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. drguerrero2000@yahoo.es

Antecedentes: Los trastornos por sobrecarga de hierro pueden ser de etiología hereditaria (hemocromatosis hereditarias "HH") o por sobrecarga secundaria (hemosiderosis) y esto conlleva a cirrosis hepática y alteraciones extrahepáticas. En la HH el principal defecto genético se da en el gen *HFE* liderando una sustitución de tirosina por cisteína (C282Y) en el 80%-85% de los casos, esto conlleva a una absorción incrementada de hierro con el desarrollo de cirrosis hepática. La Hemosiderosis se caracteriza por depósitos de hemosiderina en los tejidos (se produce cuando hay una sobrecarga sistémica de hierro), esto puede conllevar a hemocromatosis con las características clínicas antes mencionadas. Ambas etiologías pueden presentarse con manifestaciones extrahepáticas principalmente: articulares, cardíacas y endocrinas, pero se desconoce la prevalencia de estas manifestaciones en población mexicana.

Objetivo: Conocer la prevalencia de las manifestaciones extrahepáticas en los pacientes con alteraciones del metabolismo del hierro.

Materiales y métodos: Es un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Dr. Salvador Zubirán", de enero 1999 a mayo 2012. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de Hemocromatosis hereditaria y hemosiderosis, con perfil de hierro compatible de acuerdo a las guías de la AASLD de 2011. Se excluyeron los pacientes con enfermedades del tejido conectivo, enfermedad inflamatoria intestinal, porfiria cutánea tarda y con datos incompletos en el expediente clínico. Se utilizó estadística descriptiva, proporciones y tablas de contingencia. Se usó el programa estadístico SPSS® versión 17.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes (35 con HH y 15 con hemosiderosis), el sexo femenino fue predominante el grupo HH 22 (63%), la edad promedio fue de 50,5 años vs. 36,2 años en el grupo HH y hemosiderosis respectivamente. La diabetes se presentó en 7 (20%) pacientes del grupo HH vs. 1 (6%) paciente del grupo hemosiderosis con una $p=0,243$, la afección cardíaca fue en 9 (26%) pacientes del grupo HH vs. 0 paciente en el grupo hemosiderosis con una $p=0,032$, hiperpigmentación fue en 20 (57%) pacientes vs. 3 (20%) pacientes a favor del grupo de HH con una $p=0,029$, hipogonadismo en 9 (26%) pacientes vs. 0 paciente con $p=0,032$, artralgia 16 (46%) pacientes vs. 7 (46%) pacientes, cirrosis hepática 23 (66%) pacientes vs. 7 (46%) con $p=0,345$ y la media de Hb 13,3 g/dL vs. 9,6 g/dL en pacientes en el grupo de HH y hemosiderosis, respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes con HH presentaron significativamente más afecciones extrahepáticas (cardiopatía, hiperpigmentación, hipogonadismo y anemia) que los pacientes con hemosiderosis. Sin diferencia en cuanto a diabetes, cirrosis hepática y artropatía.

ID 293

La bilirrubina como una nueva herramienta clínica para predecir la mortalidad en pacientes con insuficiencia hepática crónica agudizada

Jorge Alan López-Velásquez, Norberto Carlos Chávez-Tapia, Varenka Julieta Barbero-Becerra, Vicente Sánchez-Valle, Misael Uribe-Esquivel y Nahum Méndez-Sánchez. Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F. alanl.velazquez@gmail.com

Antecedentes: La insuficiencia hepática crónica agudizada (IHCA) se caracteriza por un deterioro agudo de la función hepática que acelera la insuficiencia hepática. Existen diversas escalas pronósticas en hepatología que evalúan la insuficiencia hepática como

MELD, Child-Pugh-Score y King's College Criteria, sin embargo éstas no predicen mortalidad en este tipo de pacientes. Hemos propuesto a la bilirrubina como un marcador pronóstico de mortalidad en IHCA.

Objetivo: Determinar el valor pronóstico de la bilirrubina en predecir el desenlace de pacientes con IHCA.

Materiales y métodos: Estudio cohorte retrospectivo de pacientes con diagnóstico de IHCA con un seguimiento de una semana (2005-2012) en el Hospital Médica Sur. Los datos demográficos, clínicos y de laboratorio así como valores del MELD, MELD-Na y Child-Pugh fueron analizados en un modelo logístico de regresión univariado, posteriormente las variables significativas se analizaron en un modelo multivariado y se construyó una curva ROC para predecir la mortalidad en estos pacientes a 1 semana.

Resultados: Cohorte de 65 pacientes, 32/33 (h/m), con promedio de edad de 64 años. Diagnóstico de hepatopatía crónica por Infección hepatitis viral C (n=19), cirrosis criptogénica (n=27), hepatopatía alcohólica (n=16) y hepatocarcinoma (n=3). La mayoría de los pacientes murieron (59%) dentro de una semana de seguimiento. En el análisis univariado se asoció significativamente la estancia en terapia intensiva, la nutrición parenteral, el uso de aminos presoras y las determinaciones de bilirrubinas. En el análisis del modelo multivariado las determinaciones de bilirrubinas mostraron ser un factor independiente en el desenlace mortalidad con respecto a las escalas que miden la insuficiencia hepática (tabla 1). Con estas variables, el análisis del área bajo la curva ROC demostró que los valores de bilirrubina conjugada (0,751; IC95%=0,629-0,874; $p=0,001$), bilirrubina no conjugada (0,724; IC95%=0,596-0,852; $p=0,02$) y bilirrubina total (0,746; IC95%=0,621-0,870; $p=0,001$) fueron significativamente mayores con respecto a las demás variables. La bilirrubina conjugada presentó el mayor valor predictivo del desenlace de mortalidad en pacientes con IHCA.

Conclusiones: La bilirrubina podría emplearse como un predictor pronóstico a corto plazo en pacientes con IHCA. Los niveles elevados de bilirrubina podrían predecir la mortalidad a una semana en pacientes con IHCA.

Tabla 1 Resultados del análisis de regresión logística univariado y multivariado

Variable	Razón de momios	IC (95%)	Valor p	Variable	Razón de momios	IC (95%)	Valor p
Análisis univariado				Análisis multivariado			
UTI	4,4	1,37-14,04	0,01	Bilirrubina conjugada	9,11	1,66-49,89	0,01
Nutrición parenteral	4,6	1,34-16,07	0,01	Bilirrubina no conjugada	17,76	3,09-101,68	0,01
Aminas presoras	12,0	1,45-99,0	0,01	Bilirrubina total	7,98	1,68-37,77	.009
MELD	1,79	0,66-4,88	0,31				
MELD-Na	1,38	0,51-3,74	0,61				
Child-Pugh	2,57	0,88-7,50	0,12				

ID 294

Concordancia interobservador e intraobservador para diagnóstico del tipo de unión esofagogastrica mediante manometría de alta resolución

Lisette Cárdenas-Furlong, José de Jesús Herrera-Esquivel, Juan Octavio Alonso-Lárraga, Marcela Gómez Llanos-Navidad y Ruth Dionisio-Avendaño. Hospital General Manuel Gea González. México, D.F. lisettecf@hotmail.com

Antecedentes: Con la manometría de alta resolución es aparentemente más simple el análisis estructural de la unión esofagogástrica. La clasificación de la morfología de la unión esófago gástrica mediante manometría de alta resolución es: tipo I cuando no existe una separación entre el esfínter y la crura diafragmática. Tipo II si existe una separación entre el esfínter interno y la crura mayor a 2 mm y menor de 2 cm. Tipo III cuando existe una separación de más de 2 cm entre el esfínter y la crura durante la inspiración. A pesar de que una de las posibles ventajas de la manometría de alta resolución es lograr un análisis simple del estudio aun si no se tiene experiencia, es necesario conocer el grado de acuerdo entre observadores con este tipo de tecnología.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue determinar el grado de concordancia inter e intraobservador para el diagnóstico de los diferentes tipos de unión esófago-gástrica determinados mediante manometría de alta resolución en médicos con poca experiencia en esta técnica.

Materiales y métodos: Se realizó la revisión de 51 imágenes de estudios de manometría de alta resolución incluyendo los 3 tipos de uniones esófago-gástricas, se tomaron los registros del área de Fisiología Digestiva del Hospital Ángeles del Pedregal y fueron analizadas por 2 observadores con el mismo nivel de experiencia. La evaluación se llevó a cabo a ciegas, en el sentido de que ninguno de los observadores conocía la procedencia de las imágenes. Se les solicitó que clasificaran el tipo de unión que ellos consideraran mediante imagen posterior a una capacitación a cada uno de ellos para lograr identificarlas. La concordancia global intraobservadores e interobservador y su significancia se calculó mediante la prueba estadística Kappa de Cohen.

Resultados: La concordancia global interobservador fue de 0,48 con intervalo de confianza 95% (0,2292-0,7466) con un grado de acuerdo moderado. La concordancia intraobservador global fue de 0,78 con intervalo de confianza del 95%=0,5817-0,9845, lo que traduce un grado de acuerdo sustancial. La concordancia interobservador para el tipo de unión esófago gástrica tipo I en la sesión uno tuvo un acuerdo del 73% con un valor de kappa de 0,40 con un IC95%=0,15-0,65, lo que traduce un acuerdo moderado y en la segunda sesión presentó acuerdo del 74,5% con un valor de kappa de 0,40 con un IC95%=0,13-0,66, lo que traduce un acuerdo moderado. La concordancia interobservador para el tipo de unión esófago gástrica tipo II en la sesión uno tuvo un acuerdo del 84,3% con un valor de kappa de 0,53 con un IC95%=0,25-0,81, lo que traduce un acuerdo moderado y en la sesión 2 presentó un acuerdo del 84,3% con un valor de kappa del 0,53 con un IC95%=0,25-0,81, lo que traduce un acuerdo moderado. La concordancia interobservador para el tipo de unión esófago gástrica tipo III en la sesión 1 tuvo un acuerdo del 86% con un valor de kappa del 0,30 con un IC95%=-0,06-0,67, con un acuerdo discreto y en la sesión 2 tuvo un acuerdo del 92,16% con un valor de kappa del 0,56 con un IC95%=0,19-0,93, con un grado de acuerdo moderado.

Conclusiones: Por medio de la manometría de alta resolución no se cuenta con un valor de kappa sustancial en observadores sin experiencia, ya que presenta variaciones importantes con los diferentes tipos de unión esófago-gástrica.

ID 297

Análisis comparativo del estado nutricio y de sobrevida entre pacientes cirróticos con descompensación secundaria a hemorragia del

tubo digestivo alto, encefalopatía hepática o infección

Luis Alfonso Ortiz-Reyes, Braulio Alberto Enríquez-Muñoz, Leonardo Alberto Martínez-Rodríguez y Aldo Torre. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. Kaba-ara@hotmail.com

Antecedentes: La cirrosis hepática es el estadio final de enfermedades crónicas hepáticas, en fases tempranas la enfermedad se presenta como "cirrosis compensada" y el progreso de la misma se acompaña de un decremento de la función del hígado con incremento de la presión portal, siendo las manifestaciones: ascitis, sangrado de tubo digestivo (HTDA), encefalopatía (EH) e infecciones; estado conocido como "cirrosis descompensada".

Objetivo: Evaluar el estado nutricio de pacientes cirróticos con descompensación secundaria a HTDA, infección y encefalopatía, con seguimiento desde su ingreso al alta según desenlace mediante análisis vectorial de impedancia bioeléctrica (BIVA) y análisis de sobrevida.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte prolectiva, descriptivo analítico; en pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, con cirrosis hepática Child-Pugh A, B o C con descompensación secundaria a HTDA, EH e infecciones, que precisaron ingreso en la unidad de urgencias del INCMNSZ (tiempo 0) durante el periodo de enero a julio de 2013. Se realizó valoración nutricional al tiempo 0 y al alta (BIVA y antropometría). Para el análisis de sobrevida se consideró el tiempo (días) al desenlace (alta: vivo o muerto) según etiología de la descompensación y estado nutricio, analizado por el método de Kaplan-Meier y prueba de Log-rank considerando $p < 0,05$ como diferencia estadísticamente significativa. Variables continuas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes y variables categóricas en frecuencias y percentiles. Para el análisis univariado se realizó prueba de U de Mann-Whitney y *ji cuadrada* prueba exacta de Fisher según correspondiera, se consideró $p < 0,05$ como estadísticamente significativa, se utilizó el paquete estadístico SPSS® versión 20.

Resultados: En total 38 pacientes fueron analizados, 25 (67%) mujeres de las cuales 16% presentaron EH, 26% infección y 25% HTDA, la mediana de estancia en días para este sexo fue de 7 para EH, 19 para infección y 4 para HTDA. En hombres 11% presentaron EH, 8% infección y 13% HTDA, la mediana de estancia en días para este sexo fue 8 para EH, 7 para infección y 5 para HTDA. La probabilidad de sobrevida global en hombres fue de 75% y en mujeres el 66%, la probabilidad de estar vivo de una mujer de esta cohorte con infección fue de 77%, con HTDA 71% y con EH de 37%, la probabilidad de estar vivo de un hombre de esta cohorte con infección fue del 100%, con HTDA 80% y con EH 66% (probabilidades condicionadas a no morir por otra causa). La probabilidad de una mujer de esta cohorte de estar viva con desnutrición leve y edema fue de 80%, mientras que con caquexia y anasarca fue 61% ($p < 0,05$). La probabilidad de un hombre de esta cohorte de estar vivo con desnutrición leve y edema fue 100% y con caquexia y anasarca 82%.

Conclusiones: Entre pacientes cirróticos descompensados por las etiologías estudiadas la sobrevida fue menor en aquellos que presentaron caquexia y anasarca independientemente del sexo y estadio de Child-Pugh. El grupo de menor sobrevida fue EH, el estado nutricio puede tener gran impacto en el pronóstico de sobrevida de cirróticos descompensados que requieren atención de urgencias.

Conflicto de intereses: Este trabajo ha sido patrocinado totalmente por el Departamento de Gastroenterología del INCMNSZ.

ID 299

Densidad mineral ósea, crecimiento y estado nutricio en niños y en adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal

Ángeles Marisol Ballinas-Zapata, María del Carmen Rocío Macías-Rosales y Alfredo Larrosa-Haro. UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jal., México. amibaz54@hotmail.com

Antecedentes: En la enfermedad inflamatoria intestinal además de las manifestaciones clínicas digestivas se suman retraso en el crecimiento y desmineralización ósea, todo lo cual se puede relacionar a datos de desnutrición secundaria.

Objetivo: Evaluar la correlación de la densidad mineral ósea, con la afectación del crecimiento y del estado nutricional en niños y adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Materiales y métodos: Diseño: transversal. Lugar: Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Periodo: enero a diciembre del 2012. Tamaño de muestra y muestreo: se incluyeron a todos los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, muestreo de casos consecutivos no probabilístico. Variable independiente: densidad mineral ósea. Variables dependientes: indicadores antropométricos del estado nutricional y del crecimiento. Instrumentos de medición y técnicas: evaluación de la densidad mineral ósea (DMO) por medio de la densitometría ósea de columna lumbar, con la evaluación transversal del crecimiento y del estado nutricional a través de indicadores antropométricos y de composición corporal. Análisis: correlación lineal y asociación de la variable independiente (puntuación z de la densidad mineral ósea) con las variables dependientes (indicadores antropométricos y de composición corporal).

Resultados: Se estudiaron 13 pacientes con colitis ulcerativa y uno con enfermedad de Crohn, 8 (61,5%) del sexo femenino y 5 (38,5%) del sexo masculino, la mediana de la edad fue de 151 meses. Se realizó densitometría ósea de columna lumbar siendo anormal en 4 pacientes (30%). La mediana de la edad en meses al momento en que se realizó la densidad mineral ósea en relación al tiempo de evolución de la enfermedad fue de 31 meses, no se observó diferencia estadística. Al comparar la (DMO) por sexo, no se encontró diferencia estadística y el grupo etario más afectado fue el de los adolescentes. Tres de los pacientes presentan hepatitis autoinmune como enfermedad asociada.

Se encontró diferencia estadística al comparar el indicador talla para la edad en el sexo femenino. Al realizar las correlaciones de la puntuación z de la (DMO) con los diferentes indicadores antropométricos, se encontró diferencia estadística con la puntuación z de la circunferencia media del brazo, área total y área grasa del brazo.

Conclusiones: La afectación de la densidad mineral ósea en 4 pacientes de los 13 estudiados es un porcentaje importante que implica la afectación de la mineralización ósea. En relación a la correlación de la (DMO) e indicadores antropométricos y de composición corporal como la circunferencia media del brazo, área total y área grasa del brazo se puede inferir que hay una afectación en el tejido graso probable por deficiencia en la reserva mineral y de energía debida a los diferentes mecanismos de desnutrición secundaria presentes en este grupo de pacientes como el incremento en los requerimientos de energía, tratamiento con corticosteroides, retraso en la pubertad, disminución en la actividad física y particularmente al estado de inflamación persistente.

ID 302

El uso de prótesis metálicas autoexpandibles antes o después de quimiorradioterapia no incrementa la frecuencia de complicaciones en pacientes con cáncer esofágico avanzado

Bárbara Montserrat Figueroa-Escárcega, Sergio Sobrino-Cossío, Daniela M. González-Ávila y Angélica I. Hernández-Guerrero. Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F. bar_mfe@yahoo.com

Antecedentes: El cáncer esofágico (CE) es la 6° neoplasia maligna más frecuente y la 5° causa de muerte en el mundo; 40% a 50% tienen enfermedad irrecusable al diagnóstico, con sobrevida <20%. La disfagia es el síntoma cardinal y una complicación es la fístula esofágica, con frecuencia de 13%-39%. Las prótesis metálicas autoexpandibles (SEMS) son efectivas en el manejo paliativo de la disfagia y fístula malignas. Las SEMS están indicadas en enfermedad irrecusable, metastásica, mal estado general o esperanza de vida <3 meses. Las tasas de éxito técnico y clínico son >90%, con recurrencia de disfagia a 3 meses de 40%. La frecuencia de complicaciones es elevada (30%-50%), con mortalidad de 0,3%. El éxito clínico se logra en promedio en 3 días (90%) en comparación con QRT (50%) que tarda semanas en ocurrir. Se ha reportado una mayor tasa de complicaciones en pacientes con antecedente de QRT o radioterapia manejados con SEMS. Algunos autores reportan la migración como una de las más frecuentes (46%), otros la consideran respuesta al tratamiento. Otros grupos no han encontrado asociación de QRT y complicaciones. El uso de SEMS con QRT no se recomienda rutinariamente, los reportes son discordantes y limitados, la mayoría son series retrospectivas, no aleatorias, usan diferentes tipos de prótesis y muestras pequeñas.

Objetivo: Evaluar el riesgo de complicaciones asociadas a la colocación de una prótesis metálica expandible antes o después del manejo con quimiorradioterapia en pacientes con cáncer esofágico avanzado.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie de sujetos con CE avanzado con SEMS y QRT; 3 grupos: SEMS antes QRT, SEMS después QRT y SEMS. Se evaluaron datos clínicos, índice Karnofsky (IK), complicaciones, permeabilidad, tiempo libre disfagia (TLD), mortalidad y sobrevida (SV). Análisis estadístico: medidas tendencia central, prueba *ji cuadrada* o *Fisher*, *t Student*. Análisis de varianza. Razón de Momios IC95% para complicaciones. SV con Log-rank. Significancia <0,05.

Resultados: N=49 (39 Hombres; edad 61,5 ± 6,3; IMC 23,4 ± 7,4); 25 adenocarcinoma, 24 epidermoide, tercio proximal (2), medio (11), distal y UEG (36), etapas clínicas (25ECIV, 24ECIII); IK>80%. Sin diferencias en edad, IMC y albúmina. No hubo diferencias en permeabilidad ($p=0,4$) y TLD ($p=0,4$). No hay diferencias en riesgo de complicaciones ($p=0,8$). No hubo mayor riesgo de complicaciones para QRT en G1+2 vs. G3 (RM=1,0; $p=NS$) ni con el momento de colocación de SEMS (RM=1,0; $p=NS$). La mortalidad por intervención fue del 4%. La sobrevida no mostró diferencias ($p=0,1$). La QRT mostró un efecto aditivo para supervivencia ($p=0,04$).

Conclusiones: La colocación de SEMS antes o después del manejo con QRT en pacientes con CE avanzado no es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones. La colocación de SEMS previa a QRT no se asoció con mayor riesgo de migración. Sin embargo, son necesarios estudios prospectivos aleatorios y con dosis estándar de QRT para evaluar a este grupo de pacientes.

ID 304

Pancreatitis autoinmune. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Celia Denisse Cavildo-Jerónimo, Judith Azaneth Sánchez-Hernández. Hospital Regional de Especialidad de Veracruz. Veracruz, Ver., México. denisse_dizzy@hotmail.com

Introducción: La pancreatitis autoinmune (PAI) es un tipo de pancreatitis crónica caracterizado por un proceso inflamatorio autoinmune, en el cual la infiltración linfocitaria asociada a fibrosis producen disfunción del órgano. A pesar de ser una entidad rara, el número de casos ha incrementado en la última década, con una incidencia de 5%-6% de los pacientes con pancreatitis crónica, afectando principalmente al sexo masculino alrededor de la quinta

década de la vida. Los síntomas y signos pancreáticos suelen semejar un cáncer pancreático, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica dolorosa o insuficiencia pancreática funcional. La patogenia es desconocida. La mayoría de los pacientes tienen niveles elevados de IgG sérica, en particular la subclase IgG4. En los órganos afectados existe infiltración por células plasmáticas principalmente IgG4-positivas, hallazgo altamente sensible y específico para el diagnóstico de PAI tipo 1. Los criterios más utilizados para realizar el diagnóstico son los Criterios HISORT (histología, radiología, serología, otros órganos involucrados y respuesta al tratamiento). El tratamiento es a base de esteroides sistémicos.

Caso clínico: Paciente masculino de 54 años de edad portador de vitiligo de 18 años de diagnóstico, púrpura trombocitopénica primaria desde los hace 40 años y tabaquismo. Ingresó por cuadro de 8 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico intenso en hipocondrio derecho, acompañado de náusea, emesis, ictericia generalizada, coluria, acolia, acudiendo a esta unidad, donde se encuentra con hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa de 14 mg/dL y bilirrubina indirecta de 6,17, se realiza ultrasonido abdominal que reporta colecistitis litiasica, así como imagen sugestiva de crecimiento tumoral en cabeza de páncreas, colédoco de 4 cm y dilatación de conducto pancreático. Se decide realizar laparotomía colecistectomía total, así como exploración de vía biliar y toma de biopsia de tumor pancreático, con reporte histopatológico de infiltrado linfocitario y fibrosis, sin datos de malignidad. Se realizan marcadores tumorales los cuales son reportados negativos y se solicitan niveles séricos de IgG4, los cuales son reportados en 8.460 UI, estableciendo diagnóstico de pancreatitis autoinmune e iniciando tratamiento a base de esteroide oral, ácido ursodeoxicólico y antimicrobianos, con mejoría clínica, remisión de la ictericia, normalización de los niveles de bilirrubinas, así como reducción del tamaño de la tumoración en los controles tomográficos posteriores. Se egresó por mejoría con seguimiento en la Consulta Externa, donde se disminuyó gradualmente dosis de esteroide.

Discusión: La PAI es una entidad muy infrecuente que suele debutar clínicamente con ictericia obstructiva y dolor abdominal y debido a esto se debe realizar diagnóstico diferencial con las posibles causas de pancreatitis crónica y tumor pancreático, sobre todo por las implicaciones terapéuticas que conllevaría su infradiagnóstico. Debido al escaso número de casos descritos en la literatura, sería necesaria la elaboración de estudios con seguimiento largo plazo para conocer pronóstico y frecuencia de asociación a otras patologías.

ID 305

SNPs de genes candidatos podrían explicar diferencias en la severidad de síntomas dispépticos y rectales en pacientes con síndrome de intestino irritable

Max Schmulson, José Antonio Vargas, Gloria Queipo, Jazmin Chiu-Ugalde y Juan Carlos López-Alvarenga. Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Departamento de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM. México, D.F. maxjulio@prodigy.net.mx

Antecedentes: Algunos genes candidatos han sido asociados con el síndrome de intestino irritable (SII) y se han identificado algunas variantes (SNPs) que presentan baja penetrancia.

Objetivos: En este trabajo analizamos 3 SNPs previamente descritos y su relación con la variabilidad en la severidad de los síntomas reportados por los pacientes con SII.

Métodos: En un estudio clínico transversal se incluyeron 618 pacientes con SII activo a lo largo de la república mexicana, con edad promedio de 37,5 (DE=11), IMC de 26,2 (4,3), 84,5% mujeres. La frecuencia de los subtipos de acuerdo con Roma III fue: SII-E: 49,4%,

SII-M: 30,1%, SII-D: 17,6 y SII-NC: 2,9%. A través de una entrevista estructurada, médicos gastroenterólogos evaluaron la severidad de 24 síntomas relacionados con SII utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos; los síntomas fueron reducidos a 8 dimensiones a través de un análisis de factores latentes (varimax). Los 3 factores relevantes (varianza explicada: 63,3%) fueron: ERGE (F1: pirosis, regurgitación; Comunalidad [C] >85%), dispepsia (F2: saciedad posprandial, saciedad temprana; C>79%) y síntomas rectales (F3: tenesmo, pujo excesivo; C>73%). Los genotipos IL8 (+396) rs2227307, IL10 (-1082) rs1800896 y TNFa (-238) rs361525 fueron determinados por qPCR y contrastados por ANOVA ajustado por edad, IMC y género.

Resultados: Las frecuencias encontradas de las variantes para cada gene (%) fueron, TNFa: GG (0,58), GA (0,36), AA (0,06); IL8: TT (0,41), GT (0,48), GG (0,11); IL10: GG (0,08), GA (0,38), AA (0,54). Las frecuencias fueron similares entre los diferentes subtipos del SII, sin embargo, se encontró una tasa de similitud de 1,7 para SII-D, en aquellos sujetos con IL10 AA vs. GG. La mayor severidad de F3 se encontró en aquellos individuos con IL10 AA, con un tamaño de efecto del 39% vs. GG, y la varianza total del tamaño del efecto fue 13%; mientras que IL8 TT mostró un tamaño del efecto de 14,7% vs. GG, y una varianza total del tamaño del efecto de 8%. Para el F2, IL10 AA mostró un tamaño del efecto de 5,8%, y total de 10% ($p<0,05$ en todos los casos). F1 no fue influenciado por las diferentes variantes.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que los polimorfismos de IL10 están ligados al SII y que pueden explicar parcialmente la severidad de algunos síntomas. Sin embargo, la baja penetrancia y la complejidad de las vías metabólicas e inmunológicas en estos pacientes, pueden influir los tamaños de efecto encontrados.

ID 306

Efecto de la cirugía bariátrica (*bypass* gástrico) sobre los niveles sistémicos de proteína C reactiva, factor de necrosis tumoral alfa e interleucina 10 en una población de pacientes con obesidad mórbida del Hospital General de México

Guadalupe Itzel Azuceno-García, Antonio González-Chávez, Edwin Pavel Palacios-Ruiz, Jorge Ramírez-Vásquez, Francisco Javier Galindo-González, Julio César Zavala-Castillo y Galileo Escobedo. HIPAM, Unidad de Medicina Experimental, Hospital General de México. México, D.F. gescobedog@msn.com

Antecedentes: La obesidad es considerada un grave problema de salud pública a nivel mundial. De manera particular, la obesidad mórbida aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar patologías como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. Información reciente sugiere que la obesidad es un estado inflamatorio de grado bajo a nivel sistémico, mismo que participa de manera decisiva en la generación de las disfunciones metabólicas y vasculares antes mencionadas. La cirugía bariátrica es un procedimiento quirúrgico que ha demostrado su utilidad en la reducción significativa de peso en pacientes con obesidad mórbida. Sin embargo, el efecto de la cirugía bariátrica sobre el estado inflamatorio de grado bajo relacionado con la obesidad ha sido descrito de manera escasa.

Objetivo: Evaluar los niveles séricos de proteína C reactiva (pCr), factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) e interleucina 10 (IL-10) en una población de pacientes con obesidad mórbida, antes y después de ser sometidos a cirugía bariátrica (*bypass* gástrico).

Materiales y métodos: Se incluyeron 40 pacientes con obesidad mórbida que acudieron a la Clínica de Obesidad del Hospital General de México. Previo a la firma del consentimiento informado, se

realizó seguimiento pre-quirúrgico (una semana antes de la cirugía) y posquirúrgico en cada paciente, a los 30 días, 3 meses, 6 meses y 12 meses después de ésta. En cada cita, se registraron medidas antropométricas así como niveles séricos en ayuno de glucosa, triglicéridos, colesterol total, LDL, HDL, pCr, TNF- α e IL-10. Se realizó ANOVA de dos vías seguido de una prueba *post-hoc* de Tukey para determinar diferencias significativas cuando $p < 0.05$. Los resultados son mostrados como media \pm DE.

Resultados: El IMC y la circunferencia de cintura iniciales fueron de 45.61 ± 8.09 kg/m² y 125.36 ± 29.62 cm, respectivamente. Previa a la cirugía, los niveles de glucosa, triglicéridos, colesterol, LDL y HDL (mg/dL) fueron 98.66 ± 10.83 , 169.26 ± 80.72 , 192.06 ± 38.46 , 38.96 ± 8.57 y 123.79 ± 40.26 , respectivamente. Los niveles sistémicos de pCr antes de la cirugía fueron de 4.88 ± 1.85 mg/L, mientras que los de TNF- α e IL-10 se mostraron en 303.7 ± 66.59 y 680.3 ± 111.20 pg/mL, respectivamente. Un mes después de la cirugía, los niveles de triglicéridos (143.72 ± 53.41 mg/dL), colesterol (175.86 ± 38.10 mg/dL) y LDL (89.27 ± 61.74 mg/dL) disminuyeron de manera significativa. Los niveles de pCr y TNF- α mostraron un comportamiento similar, al disminuir hasta 1.36 ± 0.88 mg/L y 158.8 ± 38.18 pg/dL, respectivamente. Por el contrario, los niveles de IL-10 aumentaron de manera significativa hasta 953.2 ± 155.62 pg/dL. Estas diferencias se mantuvieron a los 3, 6 y 12 meses poscirugía.

Conclusiones: En pacientes con obesidad mórbida, la cirugía bariátrica disminuye los niveles sistémicos de pCr y TNF- α , y aumenta los de IL-10, a 1, 3, 6 y 12 meses poscirugía.

ID 308

Comportamiento hematológico y respuesta viral con la triple terapia de peginterferon alfa 2b+ribavirina+boceprevir en pacientes con hepatitis crónica por virus C, genotipo 1, fibrosis avanzada y falla a tratamiento previo. Análisis interino a las primeras 24 semanas

Ricardo Sandoval-Salas, Rosalba Moreno-Alcántar, Margarita Dehesa Violante, Rosalba Avalos-Martínez, Camilo Guerrero-Velázquez, Rodrigo Soto-Solís, José Luis de León-Monterroso, Daniel Chávez-Ruiz, María Sara Sixtos-Alonso y Juan Francisco Sánchez-Ávila. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda", Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Clínica de Hepatitis Viral, Departamento de Gastroenterología, INCMNSZ. México, D.F. ricsansalas@hotmail.com

Antecedentes: El tratamiento recomendado en los pacientes con falta de respuesta a terapia doble con peginterferon+ribavirina (Peg/R) es la triple combinación que incluye Peg/R y un inhibidor de proteasa (IP), con tasas de respuesta viral sostenida (RVS) superiores al 30%. Desafortunadamente en los estudios iniciales de los IP la evaluación de sujetos latinos es prácticamente nula.

Objetivo: Evaluar la respuesta viral y el comportamiento de hemoglobina, plaquetas y neutrófilos durante la triple terapia con Peg/R más Boceprevir (BOC) en pacientes con falla terapéutica previa y fibrosis avanzada (F3-F4) durante las primeras 24 semanas de tratamiento.

Materiales y métodos: Fueron incluidos 20 pacientes con falla a tratamiento previo (H:12; M:8). Edad promedio: 51 años, 15 con genotipo 1B y 5 1A. Se excluyeron pacientes coinfectados y aquellos con contraindicación para Peg/R. La evaluación de fibrosis se determinó por biopsia hepática y/o documentación de hipertensión portal (várices esofágicas). Las dosis empleadas de cada fármaco, ajustes, duración del tratamiento y las reglas de futilidad fueron las internacionalmente aceptadas.

Resultados: Se documentaron 12 pacientes con fibrosis F4 y 8 con F3. Además de los efectos adversos ya descritos para la terapia

con Peg/R, los eventos colaterales más frecuentes fueron anemia (Hb<10 g/dL, N=6/20), disgeusia (N=12/20) y síntomas anorécticos (N=8/20). En la tabla 1, se muestra la evolución hematológica y la cinética viral durante el tratamiento. Siete de 20 ameritaron el uso de eritropoyetina alfa en dosis de 12.000-24.000 UI/sem. En 5/20 se suspendió el tratamiento, uno por retiro de consentimiento y 4 por reglas de futilidad, no se presentaron eventos adversos serios o que ameritaran la suspensión de la terapia. Se obtuvo respuesta viral extendida en 15/20 pacientes (tabla 1).

Conclusiones: En este reporte preliminar, el uso de triple terapia en pacientes mexicanos, con fibrosis avanzada, falla a un esquema previo con Peg/R, muestra un perfil de seguridad y respuesta viral similar a lo reportado en otros grupos étnicos.

Tabla 1 Comportamiento hematológico y viral promedio durante la terapia triple

Parámetro	basal	Semana 4	Semana 8	Semana 12	Semana 20	Semana 24
Hemoglobina	15,6	12,5	11	9,6	9,9	9,8
Plaquetas	162.000	133.500	124.200	118.000	106.000	105.700
Neutrófilos	3.466	1.862	1.727	1.604	1.353	1.354
ARN viral LOG	5,72	3,18	0,75	0,49		0,49

ID 310

Quiste mesentérico gigante confundido con ascitis intratable resuelta por cirugía

Manuel Vallejo-Soto, Susana Orozco-Simental. Hospital Ángeles. Querétaro, Qro., México. mvallejos@prodigy.net.mx

Antecedentes: Los quistes mesentéricos son tumores intrabdominales muy raros con mínimos síntomas clínicos que dificultan su diagnóstico preoperatorio, y que pueden confundir al médico o gastroenterólogo clínico en su diagnóstico y por lo tanto en su tratamiento.

Objetivo: Se presenta el caso de un quiste mesentérico gigante que fue confundido con ascitis intratable secundaria a cirrosis posthepatitis postransfusional y cuyo diagnóstico se realizó en el preoperatorio.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de una mujer adulta diagnosticada y multitratada durante 2 años como portadora de una ascitis refractaria, a quien durante el protocolo de estudio no se le encontró hepatopatía y en el preoperatorio, por tomografía abdominal, se diagnosticó quiste mesentérico gigante, el cual se resecó en su totalidad y se corroboró el diagnóstico en el postoperatorio.

Resultados: Paciente femenino adulto con diagnóstico erróneo de ascitis refractaria, intratable, a quien durante el estudio clínico no se le corrobora hepatopatía, pero por TAC abdominal se realiza como hecho poco frecuente el diagnóstico preoperatorio de quiste mesentérico, llevándose a cirugía y resecando dicha tumoración en su totalidad y corroborando el diagnóstico por patología en el postoperatorio.

Conclusiones: Los quistes mesentéricos son entidades poco frecuentes, con mínima sintomatología clínica y con difícil diagnóstico preoperatorio, y cuyo tratamiento es quirúrgico siempre, con resección en su totalidad.

ID 311

Hemosuccus pancreaticus secundario a aneurisma de arteria pancreatoduodenal en pancreatitis crónica

María Andrea Peñaloza-Posada, Fátima Higuera-de la Tijera, Eduardo Pérez-Torres y Rocío Enríquez-García. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". México, D.F. María_niko@hotmail.com

Introducción: Hemosuccus pancreaticus (HP) es el sangrado a través del conducto de Wirsung y su exteriorización por el ámpula de Váter. Es una de las manifestaciones menos frecuente de hemorragia gastrointestinal alta con incidencia de 1/1.500, con mayor frecuencia en varones entre 50 a 60 años de edad y secundaria a pancreatitis crónica en el 70% a 90% de los casos, siendo el aneurisma de la arteria esplénica el principal vaso afectado en un 40%, gastroduodenal 30% y pancreatoduodenal 20%. El tratamiento de elección es la embolización transarterial selectiva con Coils siendo efectivo en 80%-100%.

Caso clínico: Masculino de 37 años, con antecedente de etilismo crónico 150 gramos de alcohol semanal y exposición crónica a insecticidas. Inicia 8 meses previos a su ingreso con dolor abdominal posprandial localizado en epigastrio, 8/10 de intensidad, intermitente, acompañado de evacuaciones melénicas ocasionales y pérdida ponderal de 6 Kg. Ingresa por síndrome anémico severo con sangrado de tubo digestivo alto y hemoglobina de 3,7 mg/dL. Panendoscopia con evidencia de sangrado activo a través de ámpula de Váter. Angiotomografía evidenciando calcificaciones en páncreas, colección quística en cabeza de páncreas, sin evidencia de aneurismas. Angiografía con presencia de 3 aneurismas saculares en arteria pancreatoduodenal. Se realiza embolización selectiva de 2 aneurismas con la colocación de Coils Interlock de 5 mm x 15 mm y al aneurisma persistente con PVA de 45-85 micras, verificando aporte sanguíneo de la arteria mesentérica superior a la arcada pancreática. El paciente amerita transfusión de 6 paquetes globulares con Hb final de 10,6, sin evidencia de sangrado. Se egresa con tratamiento correspondiente a pancreatitis crónica para seguimiento por la Consulta Externa.

Conclusión: El HP es una de las causas menos frecuente de sangrado digestivo alto en <1%. Se debe sospechar en pacientes con patología pancreática, la cual propicia ésta condición por la sabida relación de pancreatitis y la existencia de aneurismas viscerales, ocurriendo en 3% al 10% de los pacientes con pancreatitis crónica. Las causas más comunes de HP son pancreatitis crónica, malformaciones vasculares, neoplasias pancreáticas y trauma abdominal. La endoscopia solo reporta sangrado por ámpula de Váter en un 30%. El estándar de oro para el diagnóstico es la angiografía, con ventaja de precisar la localización del aneurisma. El sangrado masivo puede comprometer la vida del paciente llegando a una mortalidad documentada de hasta 80 a 90% y disminuye a un 20% en pacientes con manejo adecuado. El tratamiento con embolización selectiva de la arteria afectada con colocación de Coils tiene un éxito hasta del 100% con muy baja morbimortalidad. La cirugía para resección del aneurisma solo ésta indicada en caso de embolización fallida, no disponibilidad de ésta o alteraciones anatómicas que no la permitan.

ID 312

Neumoperitoneo no quirúrgico. Reporte de un caso y revisión de la literatura

José Fernando Castro-Gómez, Miguel Ángel Tanimoto-Licona. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. kastrillo@hotmail.com

Introducción: La presencia de neumoperitoneo es un signo ominoso de perforación de víscera hueca en un 90% de los casos. Estos casos suelen ir acompañados de respuesta inflamatoria sistémica y requieren de una intervención terapéutica urgente. En un menor porcentaje este suele presentarse posterior a procedimientos invasivos como cirugías abdominales o estudios endoscópicos, ameritando un manejo menos agresivo. Aún más raro es el neumoperitoneo en aquellos pacientes que se ha descartado perforación intestinal y el antecedente de un procedimiento invasivo es inexistente. A este último, se le conoce como neumoperitoneo no quirúrgico, aséptico o idiopático.

Caso clínico: Una mujer de 38 años de edad fue referida al Servicio de la Consulta Externa del Departamento de Gastroenterología del INCMNSZ en abril del 2012, por la sospecha clínica de ascitis. La paciente describió un cuadro progresivo de un mes de evolución, caracterizado por aumento en el perímetro abdominal asociado a dolor abdominal tipo cólico. Mencionó haber sostenido relaciones sexuales previó al inicio de los síntomas, y negó procedimientos invasivos en los últimos años. A la exploración física, sus signos vitales se encontraron normales, se encontró franca distensión abdominal, timpanismo y dolor a la palpación. Se le solicitó un ultrasonido abdominal urgente en el cual se evidenció abundante aire libre en la cavidad peritoneal. Fue llevada al Servicio de urgencias para continuar su estudio. Sus principales análisis de laboratorio eran normales: hemoglobina 15 g/dL, leucocitos 4,7 K/uL, plaquetas 230 K/uL, velocidad de sedimentación globular 2 mm/H y proteína C reactiva ultrasensible de 0,05 mg/dL. Se le realizó una tomografía computada con contraste oral e intravenoso en la cual se corroboró el neumoperitoneo y desplazamiento posterior de los órganos intraabdominales. No se evidenció fuga entérica del material del contraste, descartándose perforación intestinal. Llamó la atención la presencia de lesiones quísticas, pequeñas (0,5 a 1 cm de diámetro) y de paredes delgadas. Estas se localizaban entre el lóbulo hepático izquierdo y estómago, así como en el ligamento hepático, peritoneo y colon. Finalmente, se le realizó una punción percutánea descompresiva con mejoría de los síntomas. La enferma presentó una evolución favorable y continua su seguimiento en la Consulta Externa.

Discusión: El neumoperitoneo no quirúrgico representa un reto diagnóstico, y no siempre se logra identificar su etiología. Algunas causas ya conocidas incluyen: ventilación mecánica con presión positiva, neumotórax, reanimación cardiopulmonar, trauma torácico, coito vaginal y neumatosis quística intestinal. El principal reto en el manejo del neumoperitoneo no quirúrgico es evitar laparotomías innecesarias, la cual ocurre en un 22% a 33% de los casos. La presencia de peritonitis, taquicardia, hipotensión, leucocitosis, fuga de contenido entérico demostrado por estudios de imagen o la falla al tratamiento conservador son indicativos de manejo quirúrgico. En este caso, las lesiones quísticas intraabdominales sugieren el diagnóstico de neumatosis intestinal quística, una enfermedad excepcional y de etiología desconocida.

Conclusión: En este caso ejemplifica una entidad rara de la cual existe poca evidencia. Se trata de un neumoperitoneo no quirúrgico manejado satisfactoriamente con tratamiento conservador.

ID 313

Diferenciación bioquímica y colangiográfica de estenosis biliares malignas y benignas

Carlos Alberto Cerda-Galomo, Yolanda Zamorano-Orozco, Clara Martínez-García, Nashiel Gil-Rojas, César Rivera-Nava, Luis Mejía-Cuan, Claudia Martínez-Camacho, Miguel Ramírez-Ramírez y Ana Desales-Iturbe. Hospital General Regional N° 1 "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro". México, D.F. diabloguardian06@hotmail.com

Antecedentes: Diferenciar las estenosis biliares (EB) entre las causas benignas (EBe) y malignas (EM) sigue representando un reto. El uso de ultrasonido endoscópico, sondas intraductales o la colangiografía han aumentado el rendimiento diagnóstico, pero no se encuentran disponibles en la mayoría de los centros. La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) se usa en la evaluación de las EB permitiendo la toma de imágenes de calidad y la toma de tejido. Algunos sugieren que las características colangiográficas de malignidad incluyen dilatación de la vía intrahepática, longitud >14 mm y una apariencia irregular o asimétrica. Respecto a los marcadores bioquímicos, se ha sugerido que niveles altos de bilirrubina total (BT) y fosfatasa alcalina (FA) son sugestivos de malignidad

Objetivo: Evidenciar los marcadores diagnósticos útiles en la diferenciación de EM y EB mediante exámenes de laboratorio e imágenes de CPRE.

Materiales y métodos: Estudio ambispectivo, de casos y controles de los pacientes con EB desde enero de 2012 a mayo de 2013, agrupados en 2 grupos, EBe y EM. Se observó su perfil bioquímico previo a la CPRE y las imágenes radiológicas durante el procedimiento. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de varianza de Fisher y prueba de *ji cuadrada* mediante el software Statistica 8.0.

Resultados: Se analizaron de 35 pacientes, EBe (n=15), EM (n=20). Hubo diferencia significativa entre EBe y EM lo que se refiere a edad, 48,3 vs. 67,8 años, $p=0,001$. En cuanto a las variables bioquímicas, se encontró diferencia entre EBe y EM en Tiempo de protrombina, 14,3 vs. 17,4 seg, $p=0,01$; BT 8,6 vs. 16,2, $p=0,004$; FA 288,4 vs. 646,8, $p=0,01$; GGT 320,3 vs. 611,8, $p=0,02$; albúmina 3,0 vs. 2,5, $p=0,02$; y Ca19-9 42,0 vs. 490,4, $p=0,06$; y respecto a la CPRE se obtuvo diferencia en cuanto a la presencia de dilatación de vía intrahepática (46% vs. 100%, $p=0,0002$) y en relación a la longitud de la estenosis (16,8 vs. 22,9 mm, $p=0,008$), no así respecto a la dilatación de vía biliar extrahepática o la morfología de los bordes (tabla 1).

Conclusiones: Se obtuvieron resultados, consistentes con la literatura mundial, es decir, los pacientes con mayor edad, con nivel de BT, FA, GGT, Ca19-9 elevados y nivel de albúmina baja se encuentran de manera notable en los pacientes con EM. En cuanto a los hallazgos de CPRE, se obtuvo que la longitud de la estenosis y la dilatación de la vía biliar intrahepática se asocian de manera preferente a malignidad.

Tabla 1 Resultados

	Estenosis Benigna (media \pm DE)	Estenosis maligna (media \pm DE)	Valor <i>p</i>
Edad (años)	48.3 (20.3)	67.8 (11.9)	0.001
Bilirrubina total, mg/dL	8.6 (6.4)	16.2 (7.9)	0.004
Fosfatasa Alcalina, U/L	288.4 (168.3)	646.8 (543.6)	0.01
Gammaglutamiltranspeptidasa, UI/L	320.3 (172.4)	611.8 (469.3)	0.02
Albúmina, g/dL	3.0 (0.65)	2.5 (0.5)	0.02
Tiempo de protrombina, segs	14.3 (0.9)	17.4 (4.3)	0.01
Antígeno Ca 19-9, U/mL	42.0 (64.1)	490.4 (643.1)	0.06
Dilatación Vía Biliar Intrahepática (% pacientes)	46	100	0.0002
Longitud de la Estenosis (mm)	16.8 (6.5)	22.9 (6.2)	0.08

ID 314

Hipertensión portal segmentaria izquierda. Reporte de un caso

Alcántara García Renata-Ivonne, Carlos Guerra-Godínez, José Trejo Bellido y Alberto Pérez-Cruz. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. León, Gto., México. renatita0206@yahoo.com.mx

Antecedentes: La hipertensión portal segmentaria izquierda secundaria a oclusión de la vena esplénica es una etiología rara dentro de las causas de hipertensión porta pre hepática en la población pediátrica. El cuadro clínico principal es dolor abdominal, sangrado de tubo digestivo alto, esplenomegalia y masa abdominal. Se describen como factores asociados sepsis, cateterización umbilical, gastroenteritis severa con deshidratación, factores familiares para tromboembolismo. Considerar el diagnóstico etiológico repercute en el éxito del manejo.

Objetivo: Reportar un caso de hipertensión portal secundaria a hipoplasia de la vena esplénica, correlacionando los hallazgos clínicos y de gabinete para el diagnóstico preciso y éxito de tratamiento.

Resumen: Masculino de 10 años de edad, con esplenomegalia y bicitopenia al año de edad, se diagnóstico de hipertensión portal sin seguimiento posterior. Ingesó a nuestro Hospital por sangrado de tubo digestivo alto. Se realizó endoscopia encontrando 4 paquetes varicosos grado II-III (clasificación Sohendra) requiriendo ligadura en 2 sesiones. Gabinete: US Doppler imagen hipoeoica en el interior de la vena porta con flujo sanguíneo normal por Doppler, angiogramografía flujo de vena porta permeable con presencia de red colateral con vasos tortuosos hacia hilio hepático y vasos esofagogástricos e hipoplasia de vena esplénica decidiéndose manejo quirúrgico.

Resultados: Se realizó laparotomía exploradora encontrando hipoplasia de vena esplénica, se realizó esplenectomía y ligadura de vena gástrica izquierda con toma de biopsia hepática la cual reportó triaditis portal sin fibrosis. La evolución clínica fue favorable. Asimismo en las pruebas de función hepática, actualmente sin inflamación y la función de síntesis y excreción normales.

Conclusiones: La diferencia entre la presentación clínica de las diferentes causas de hipertensión portal es mínima, por lo tanto es de suma importancia la necesidad de un adecuado análisis en el abordaje de esta entidad, ya que de ello dependerá el diagnóstico y tratamiento certero para el paciente. El tratamiento de la hipertensión portal está enfocado a la causa y en su gran mayoría es paliativo. Este caso muestra como un abordaje y manejo adecuados llevaron una evolución favorable y solución total del problema.

ID 315

Presentación clínica, diagnóstico y evolución de pacientes con enfermedad de Wilson

Octavio René García-Flores, Ariadna Karen Flores-Balbuena, Patricia Pedrosa-Pineda, Jonathan Manuel Aguirre-Valadez, Carlos Moczuma-Velázquez, Ricardo Ulises Macías-Rodríguez y Aldo Torre-Delgado. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. chelsea_15@hotmail.com

Antecedentes: La enfermedad de Wilson (EW) es un trastorno hereditario del metabolismo del cobre, autosómico recesivo, caracterizado por disminución de su excreción y acumulación en distintos órganos, principalmente hígado y cerebro conduciendo al daño hepático, alteraciones neurológicas y/o neuropsiquiátricas. La prevalencia es de 30 casos por millón de habitantes. La edad de presentación suele ser entre los 5 y los 35 años. El espectro clínico

de la enfermedad hepática es muy variable y puede manifestarse desde hipertransaminasemia asintomática, fallo hepático fulminante, hepatitis aguda o crónica o de cirrosis compensada o descompensada. El inicio del tratamiento en fases presintomáticas ha demostrado un mejor pronóstico; se basa fundamentalmente en 2 grupos de fármacos: quelantes de cobre y sales de zinc. El trasplante hepático es el tratamiento definitivo de esta enfermedad, ya que corrige el defecto metabólico.

Objetivo: Analizar las características clínicas, el diagnóstico y evolución de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Wilson en un hospital de 3° nivel.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, diseñado para evaluar la EW. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con EW atendidos en el INCMNSZ durante el periodo comprendido del año 2000 a 2012.

Resultados: Se evaluaron 12 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Wilson, la edad promedio al diagnóstico fue de 19 años (10-31), hombres 8 (66,6%) y mujeres 4 (33,3%), 50% de los pacientes no presentaban antecedentes familiares de la enfermedad. Al momento del diagnóstico 5 (41,6%) se encontraban asintomáticos, 3 (25%) presentaban datos de hepatopatía, 2 (16,6%) tenían datos de hepatopatía y alteraciones neurológicas, uno (8%) alteraciones neurológicas y uno (8%) se presentó con falla hepática fulminante. En 3 pacientes (25%) se observó anillo de Kayser-Fleischer que desapareció tras el tratamiento. La media fue de ceruloplasmina 9,8 mg/dL (2-26 mg/dL) y cobre en orina 368,3 µg/24h (59-2273 µg/24h). Los niveles de cobre urinario fueron significativamente superiores en pacientes con cirrosis al momento del diagnóstico ($p=0,007$). La D-penicilamina y zinc fueron el tratamiento establecido en el 11 pacientes (91%). De los 12 pacientes 3 se trasplantaron (25%) y 2 fallecieron (16%), uno por complicación de cirrosis (SHR1) y otro más por neumonía intrahospitalaria.

Conclusiones: La EW es una enfermedad poco frecuente y de difícil diagnóstico. El diagnóstico se realiza en edades jóvenes y la presentación más común es por enfermedad hepática y puede presentarse como enfermedad hepática fulminante. La evolución es favorable en pacientes diagnosticados en etapas iniciales. Los pacientes con cirrosis hepática tuvieron cifras superiores de cobre urinario. El tratamiento en etapas tempranas impacta en la mortalidad.

ID 316

Características clínico-patológicas del adenocarcinoma gástrico en pacientes mexicanos. Experiencia de 10 años en el Hospital Juárez de México

Ma. Guadalupe Martínez-Galindo, Claudia Isabel Blanco-Vela, Armando Carmona-Castañeda, Alejandro Ángeles-Labra, José Rafael Peñavera y Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. México, D.F. dra_Martinezgastro@hotmail.com

Antecedentes: A nivel mundial, el cáncer gástrico es la segunda causa de muerte por cáncer. De acuerdo a la clasificación de Lauren, el adenocarcinoma gástrico se divide en 2 subtipos histológicos principales, difuso e intestinal. La histología de tipo intestinal o bien diferenciada muestra un mejor pronóstico que la pobremente diferenciada o de tipo difuso. Hasta 75% de los casos de adenocarcinoma gástrico se relacionan a infección por *H. pylori* y al subtipo intestinal de cáncer gástrico.

Objetivo: Comparar las características clínico-patológicas de los subtipos de adenocarcinoma gástrico reportados en el Hospital Juárez de México durante los últimos 10 años.

Metodología: Estudio retrospectivo en el que se evaluaron informes patológicos de pacientes con adenocarcinoma gástrico desde enero del 2003 hasta diciembre del 2012. Se excluyeron del análisis los

adenocarcinomas de cardias. Se utilizó el programa SPSS® para Windows versión 17,0. Las frecuencias se expresaron con porcentajes y las variables categóricas se compararon con la prueba de *ji cuadrada*. Los valores de $p<0,05$ se consideraron como significativos.

Resultados: Se analizaron 417 casos de adenocarcinoma gástrico en los cuales la edad media fue de 57,43 ± 14,92 y 53,5% correspondió al género masculino. Del total de casos, 30,5% se presentó en pacientes menores de 50 años. Se reportaron 5 subtipos histológicos de los cuales 55,2% correspondió al tipo difuso, 26,6% al tipo intestinal, 10,6% a adenocarcinoma sin determinar el subtipo, 6% al tipo mixto y 1,7% a adenocarcinoma mucinoso. En cuanto al grado de diferenciación 7,7% fue bien diferenciado, 19,2% moderadamente diferenciado, 12,7% poco diferenciado y en 60% de las muestras no se determinó el grado de diferenciación. Se reportó invasión hasta la mucosa en 1,2%, hasta submucosa en 0,7%, hasta muscular propia en 2,4%, hasta muscular externa en 2,4%, hasta la serosa en 9,1% y más allá de la serosa en 74,1%. Se detectó *H. pylori* en 10,8% de las muestras. Para la comparación entre grupos se incluyeron solo los subtipos histológicos intestinal y difuso. En cuanto a la comparación de las características clínico-patológicas, el tipo difuso tuvo una asociación estadísticamente significativa en cuanto al número de casos en pacientes <50 años ($p<0,001$), grado de diferenciación ($p<0,001$), invasión perineural positiva ($p=0,02$), bordes quirúrgicos positivos ($p=0,03$), y angioinvasión positiva ($p=0,02$). Durante el periodo del 2003 al 2007, 56% de los casos correspondieron al tipo difuso, y durante el periodo del 2008 al 2013 65,57%.

Conclusiones: El subtipo de cáncer gástrico más frecuente en nuestra población fue el difuso, el cual se asocia a peor pronóstico, lo cual puede explicarse por una invasión más profunda. La relación hombre/mujer fue de 1:1. Hasta un tercio de los pacientes con adenocarcinoma gástrico fue menor de 50 años, lo cual tiene implicaciones económicas importantes. La histología, género, y edad de presentación justifican una mayor investigación sobre la epidemiología, patogénesis y la biología molecular de cáncer gástrico en nuestro país.

ID 317

Hepatitis autoinmune en pediatría: características clínicas y evolución

Alfredo Yeudiel Martínez-Vázquez, Rodrigo Vázquez-Frías, Alejandra Consuelo-Sánchez y Liliana Worona-Dibner. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". México, D.F. alfredo402@yahoo.com

Antecedentes: La hepatitis autoinmune (HAI) es un desorden inflamatorio progresivo caracterizado por elevación de aminotransferasas, hipergammaglobulinemia G, autoanticuerpos positivos e infiltrado inflamatorio de interfaz, en ausencia de una etiología establecida. Se divide en 2 tipos de acuerdo al tipo de anticuerpos presentes: HAI-1 con ANA (antinucleares) o SMA (anti-músculo liso) positivos, y HAI-2, con anti-LKM-1 (anticuerpos contra hígado y riñón) presentes.

Objetivo: Describir las características clínicas, de laboratorio e histopatológicas de los pacientes pediátricos con HAI que son atendidos en nuestra institución.

Material y métodos: serie de casos retrolectiva. Se revisaron los expedientes de pacientes pediátricos con diagnóstico de HAI que fueron atendidos en el HIMFG en los últimos 13 años.

Resultados: Se identificaron 34 casos con HAI. El 80% correspondió al sexo femenino. La edad media al diagnóstico es: 8,9 ± 4,2 años (mediana de 8, intervalo 2,5-16,5). El 88,8% correspondió a HAI-1. El 70,5% debutó como una hepatopatía crónica, el 11,7% como hepatitis fulminante y 14,7% como hepatitis aguda. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron ictericia y hepatomegalia. El 76% presentó inversión de la relación albúmina/globulina (X+DE

0,76+0,36). El 87% presentó hipergammaglobulinemia al momento del diagnóstico (X+DE 2976 + 1454 mg/dL). El 94% de los pacientes presentó elevación de la alaninoaminotransferasa (X+DE 390+445 UI). Al hacer un análisis comparativo de los subtipos de HAI, no hay diferencias en características clínicas ni laboratoriales, salvo en la ictericia. Los hallazgos histopatológicos presentes fueron: infiltrado periportal (100%), fibrosis (82), infiltrado lobulillar (73%) ruptura de la placa limitante (70%), células plasmáticas (65%), eosinófilos (12%). La graduación histológica de la actividad inflamatoria fue grado I: 26,5%, II: 26,5% III: 35,3% y IV: 11,8%. Fibrosis I: 35,3%, II: 17,6% y III: 29,4%. Todos los pacientes recibieron manejo con prednisona y azatioprina de forma inicial. El 30% de los pacientes presentaron recaída histológica o por elevación de aminotransferasas. **Conclusiones:** Las manifestaciones clínicas de los pacientes con HAI de nuestra institución no difieren de las de otras series. La ictericia es el único hallazgo clínico que se encuentra más frecuentemente en la HAI-1. Los hallazgos histológicos más frecuentemente encontrados son el infiltrado periportal y lobulillar. Dos 3° partes de las biopsias presentan células plasmáticas. La proporción de recaída en la población pediátrica es alta.

ID 319

Coledocolitiasis: opciones terapéuticas empleando factores de riesgo

José Raúl Hernández-Centeno, Claudia Mayela Torres-Romero, Álvaro Cruz-Hernández, Cynthia Soto-Flores. Hospital General Regional de León. León, Gto., México. raul.cirugia@gmail.com

Antecedentes: La litiasis vesicular tiene una prevalencia del 10% al 15%, una complicación frecuente es la coledocolitiasis reportándose hasta en un 11,9%, de los cuales hasta un 25% puede presentar complicaciones graves. Utilizamos la escala del autor Attasaranya para clasificar el riesgo de coledocolitiasis clasificado como bajo, intermedio y alto, e informamos el resultado de cada opción terapéutica.

Objetivo: Seleccionar la terapéutica óptima de acuerdo al riesgo de coledocolitiasis.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Pacientes mayores de 18 años de ambos géneros con riesgo alto e intermedio de coledocolitiasis.

Resultados: Sesenta y cuatro pacientes se incluyeron en el estudio, 36 con riesgo alto y 28 con riesgo intermedio de coledocolitiasis. De los 36 pacientes que presentaron riesgo alto el 50% presentó un solo criterio, siendo ictericia el más frecuente (61,1%), el tamaño del colédoco mayor a 10 mm en el 47,2% (22 pacientes) y lito visible presente en el 25% (9 pacientes). Se realizó CPRE en 29 pacientes (72,5%) y confirmando lito en el 58,3%. Con respecto a la asociación de riesgo alto de coledocolitiasis y la confirmación de litiasis, fue mayor en los pacientes que presentaron colangitis, ictericia y PFH elevadas en un 100%, 66,6% y 6,3%, respectivamente. El criterio más utilizado para riesgo intermedio fue la disminución en las PFH (96,4%) y antecedente de pancreatitis en el 89,3%.

Con respecto a la terapéutica utilizada, se realizó colecistectomía simple a 18 pacientes (64,3%), 7 colecistectomías con colangiografía transoperatoria (25%) y CPRE en el 10,7% con una morbilidad de 33,3% secundaria a pancreatitis. Se confirmó la presencia de lito en colédoco en sólo 2 pacientes (7,1%).

Conclusiones: Hasta el momento no existe un algoritmo universalmente aceptado para el manejo de estos pacientes, sin embargo se puede utilizar la clasificación propuesta por Attasaranya para clasificar el riesgo de coledocolitiasis de acuerdo a criterios clínicos, laboratoriales y de imagen para seleccionar la opción terapéutica que mayor ventaja ofrece al paciente con menos morbilidad.

Los pacientes de riesgo alto deberá considerarse como terapéutica la CPRE debido a la alta frecuencia de lito, el riesgo intermedio de coledocolitiasis, la colecistectomía simple fue el procedimiento

de mayor elección; realizando colangiografía transoperatoria en sólo uno de cada 4 pacientes quirúrgicos

ID 320

Efecto de la administración de IBP sobre la presencia de infecciones en pacientes cirróticos del Hospital General de México

Pilar Peniche-Moguel, Eduardo Pérez-Torres, Azucena Casanova-Lara, Lenny Navarrete-Martínez y Jacqueline Córdova-Gallardo. Hospital General de México. México, D.F. pilar_ana83@hotmail.com

Antecedentes: Las infecciones bacterianas son frecuentes en los pacientes con cirrosis avanzada y están asociadas a un pobre pronóstico. Las infecciones bacterianas son una causa importante del aumento en la morbimortalidad, siendo responsables de aproximadamente 30% a 50% de las muertes. La terapia supresora de ácido en la forma de inhibidores de bomba de protones (IBP) se ha utilizado ampliamente para enfermedades como la enfermedad ácido péptica y casi siempre es utilizada por largos periodos de tiempo. Existe evidencia creciente donde el uso de IBP se ha asociado a un aumento en el riesgo de ciertas infecciones como diarrea por *Clostridium difficile* y peritonitis bacteriana espontánea.

Objetivo: Determinar la asociación entre el uso de IBP y el desarrollo de infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis hepática del Hospital General de México.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, se analizaron los datos de 87 pacientes que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: paciente con cirrosis hepática independientemente de la causa, infección documentada al momento del ingreso o desarrollada durante la estancia intrahospitalaria. Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central, de dispersión y proporciones para determinar la asociación entre variables, se realizó análisis bivariado.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes de los cuales el 49,4% (43) fueron hombres y 50,6% mujeres (44), la media de edad general fue de 56,7 (31-80). El 1,2% de los pacientes se estadificaron como Child-Pugh A, 58,6% fueron Child-Pugh B y 40,2% fueron Child-Pugh C. Respecto a la etiología de la cirrosis hepática se encontró que el 66,7% fue por alcohol, el 19,5% fue de etiología criptogénica, el 12,6% fue por VHC y el 1,2% fue por VHB.

Con respecto al origen de la infección, se encontró que el 48,3% corresponde a infección de vías urinarias, el 28,7% corresponde a Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE). De los consumidores de IBP el 25% desarrolló algún tipo de infección, de los cuales el 57,1% (12) presentó infección de vías urinarias, 23,8% (5) desarrollo PBE y 9,5% (2) neumonía.

Conclusiones: No se encontró relación importante entre el uso de IBP y el desarrollo de infecciones en pacientes cirróticos, sin embargo se requieren de más estudios prospectivos.

ID 322

Manejo endoscópico de una fístula esófago-mediastínica secundaria a tuberculosis ganglionar y pericárdica

Joel Omar Jáquez-Quintana, Daniela González-Ávila, Sergio Sobrino-Cossío y Angélica I. Hernández-Guerrero. Instituto Nacional de Cancerología de México. México, D.F. jomjaqui@hotmail.com

Antecedentes: Una fístula esófago-mediastínica (FEM) secundaria a tuberculosis (Tb) ganglionar es una complicación inusual <1%,

observada en pacientes inmunocomprometidos, desnutridos o con enfermedades crónicas avanzadas. De la misma manera la pericarditis tuberculosa se presenta en 1%-2%. En ambos casos la causa principal es por extensión continua de adenopatía *mediastínica* tuberculosa. El diagnóstico precoz y una pronta intervención en una fístula esofágica (FE) para evitar la mediastinitis fulminante impacta en la morbimortalidad. Tradicionalmente el tratamiento quirúrgico era el estándar, con alta morbilidad. Actualmente, varias series han reportado que el uso de *stent* metálicos autoexpandibles (SMAE) parcialmente o totalmente cubiertos tienen un éxito del 73%-100% para cerrar FE ya sea por enfermedad benigna o maligna, obteniendo hasta un 85% de cierre de la fístula al retiro aunado a un tratamiento médico adecuado.

Caso clínico: Masculino de 45 años residente de zona rural de Morelia Mich, agricultor. Tabaquismo y alcoholismo positivo. Se diagnosticó 4 meses previo a su ingreso una leucemia mieloide crónica (LMC) BCR/ABL positivo, iniciándose mesilato de imatinib 400 mg. A los 2 meses del diagnóstico y tratamiento presenta de nuevo fiebre y diaforesis, reiniciándose estudio como actividad de la LMC. Se agregó tos irritativa, dolor torácico y disnea progresivos. Recibió antibioticoterapia para infección respiratoria sin mejoría, por lo que es trasladado al INCAN para revalorar diagnóstico y manejo. Durante su ingreso presenta melena sin datos de descompensación hemodinámica. La endoscopia superior identifica una compresión extrínseca en tercio medio del esófago y una fístula de 1 cm de diámetro, de bordes regulares. Tomografía computarizada (TC) de tórax con conglomerado ganglionar y burbujas de aire subcarinal y derrame pericárdico masivo, parénquima pulmonar sin alteraciones. En las primeras 24 horas del diagnóstico se colocó un SMAE totalmente cubierta (Wallflex 8 cm, Boston Scientific). El esofagograma de control permeable sin extravasación del medio de contraste. Se realiza ventana pericárdica, niveles de adenosina-deaminasa (ADA) de 130 U/L (Ref: <40 U/L) en el líquido pericárdico, por lo que se diagnosticó Tb, iniciando antituberculosos. A la cuarta semana se retira prótesis sin observar FEM ni extravasación del medio de contraste en el control fluoroscópico.

Discusión: Endoscópicamente la Tb esofágica puede presentarse como úlceras, estenosis o fístula, siendo esta última la que confiere mayor morbilidad. Afecta principalmente el tercio medio por continuidad de adenopatías caseificantes subcarinales. En este caso la forma de presentación fue la melena, lo que favoreció a un manejo temprano. La mortalidad global asociada con la perforación esofágica se aproxima al 20%, y el retraso en el tratamiento de más de 24 horas después de la perforación duplica la mortalidad. El efecto adverso más común del Imatinib es la pancitopenia. Sin embargo, se han reportado 9 casos de infección por *Mycobacterium tuberculosis* durante su uso. El mecanismo propuesto es reactivación de una Tb latente por alteración de la inmunidad celular. El uso de SMAE parcialmente o totalmente cubiertos en FE es una opción de manejo mínimamente invasiva con complicaciones menores como la migración que se presenta hasta en un 34% que pueden ser fácilmente recolocadas.

Conclusiones: El tratamiento de las fístulas esofágicas dependerá de la etiología, localización y estado clínico del paciente, optando por tratamiento quirúrgico o colocación de SMAE parcial o totalmente cubiertas removibles, las cuales permiten el sellado de la pared del esófago, permitiendo la alimentación oral. Actualmente el paciente continúa en tratamiento antituberculoso con respuesta clínica adecuada.

ID 323

Valoración de la escala HAPS (*Harmless Acute Pancreatitis Score*) para la predicción de una evolución no severa en pancreatitis aguda en una población del norte de México

Alejandro Garza-Alpírez, Luis Gonzalo Gómez-Sánchez, Luis Alonso Morales-Garza, María Teresa Sánchez-Ávila, Salvador Valdovinos-Chávez, Monserrat Cisneros-Rocha y María Danae Reyes-Salas. Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey/Secretaría de Salud de Nuevo León. Monterrey, N.L., México. dralpirez1986@hotmail.com

Antecedentes: La pancreatitis aguda es una entidad clínica caracterizada por diversos grados de inflamación pancreática, peripancreática y sistémica. El tratamiento oportuno de la pancreatitis tiene como objetivo identificar oportunamente qué pacientes desarrollarán un curso complicado y, por lo tanto, se verían beneficiados de un manejo más agresivo y una monitorización más estrecha.

Objetivo: Valorar la reproducibilidad de la escala HAPS en los pacientes con pancreatitis aguda que se presentaron en el Hospital Metropolitano y posteriormente, comparar los resultados con los obtenidos con las otras escalas existentes, para determinar su capacidad de predecir una evolución no severa en un cuadro de pancreatitis aguda, y por lo tanto, su potencial para modificar las conductas terapéuticas.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. La etiología más frecuente fue la biliar, con 36 casos (22 mujeres y 14 hombres), seguida de alcohólica con 12 casos (0 mujeres y 12 hombres), lipídica 10 casos (2 mujeres y 8 hombres) e idiopática con 4 casos (4 mujeres y 0 hombres). y se requirieron para calcular las escalas pronósticas de Ranson, APACHEII y BISAP, dentro de un rango específico de tiempo (ingreso, 24 y 48 horas). Posteriormente a los pacientes se les realizó una tomografía contrastada de abdomen, previo consentimiento informado, para completar la escala CTSI.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes que se distribuyeron de acuerdo a sus parámetros al ingreso de la escala HAPS. Ventiocho (45,1%) pacientes a su ingreso tenían datos de irritación peritoneal, por lo que de inicio se descartaron al no cumplir al menos uno de los criterios de HAPS; de estos ninguno tenía nivel de creatinina >2 mg/dL, sin embargo, 20 de ellos tenían hematocrito elevado, de los cuales 6 (21%) desarrollaron pancreatitis severa, en tanto que de los 8 pacientes que no tuvieron hematocrito elevado, sólo uno de ellos desarrolló pancreatitis severa. Treinta y cuatro (54,8%) pacientes no presentaban irritación peritoneal al ingreso, de estos ninguno tenía creatinina elevada, y en este grupo, la distribución de acuerdo al nivel de hematocrito fue más homogénea, con 20 (58,8%) pacientes con hematocrito elevado, de los cuales 3 (15%) presentaron pancreatitis severa, y 14 (41,1%) pacientes con hematocrito normal, de los cuales 1 (7,1%) presentó pancreatitis severa. Por lo tanto, 14 (22,5%) pacientes cumplieron los 3 parámetros de la escala HAPS para la predicción de una evolución no severa, de los cuales sólo uno presentó evolución severa.

Conclusiones: La escala HAPS es una herramienta adecuada para la evaluación inicial de los pacientes mexicanos con pancreatitis aguda de cualquier etiología, en su capacidad para predecir una evolución no severa. Sin embargo, es necesario tener estudios que siguiendo el carácter prospectivo del presente, incrementen el número de pacientes evaluados.

ID 324

Prevalencia de microorganismos en heces de pacientes portadores de enfermedad inflamatoria intestinal con actividad leve-moderada

Juan Manuel Gómez-Urrutia, Jesús Gerardo López-Gómez, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Miriam Gabriela Reyes-Zermeño, Tomás Cortés-Espinosa, Lol-Be Pinzón-Te, Maeli González, Boris Ariel Hernández, Alberto Coronado-Terrazas, Elizabeth Buganza y Armando

Alonso Martínez. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSTE. México, D.F. gouj1920@gmail.com

Antecedentes: La microflora intestinal está implicada en la patogénesis de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y su actividad. El íleon distal y el colon son las regiones con mayor concentración de bacterias y parásitos y éstos representan los sitios de inflamación más frecuentes en la EII. Los pacientes con enfermedad de Crohn responden a la invasión del contenido fecal con inmediata recurrencia de la inflamación después de la restauración del tránsito intestinal. En la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) está documentado en algunos casos que el inicio de la enfermedad estuvo asociado a una gastroenteritis infecciosa previa. Bacterias y parásitos juegan un rol en la patogénesis de la EII.

Objetivo: Conocer la prevalencia de bacterias y parásitos presentes en las heces de pacientes con EII con actividad leve-moderada.

Materiales y métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a 42 pacientes con diagnósticos de CUCI y enfermedad de Crohn pertenecientes a la Clínica de EII del CMN "20 de Noviembre", que presentaron actividad leve-moderada de enero a diciembre de 2012 a quienes les fue realizado coprológico y coprocultivo como parte del protocolo de estudio.

Resultados: Se estudiaron un total de 42 pacientes de los cuales 29 eran portadores CUCI y 12 de enfermedad de Crohn, con actividad leve-moderada. El microorganismo con mayor prevalencia en los pacientes con enfermedad de CUCI fue con el 76% *E. coli*, seguido de proteus con el 21%, en el 3% se encontró *Klebsiella*, en el coprológico predominó con 91% *Entamoeba histolytica* y con 9% *Blastocystis hominis*. En los pacientes con enfermedad de Crohn la bacteria que tuvo mayor prevalencia fue *E. coli* con 79%, seguida de *Proteus* con 10%, y *Enterobacter* con 9% y finalmente con 2% *Morganella morganii*. Encontrando en 5 pacientes de un total de 11 en el coprológico trofozoitos y quistes de *Entamoeba histolytica*.

Conclusiones: El Microorganismo más encontrado en estos pacientes fue *E. coli* y aunque por sí solo, lo podemos encontrar en la microbiota de las heces combinado con *Entamoeba histolytica* produce mayor daño a la mucosa intestinal empeorando la sintomatología de la EII, otro microorganismo frecuente fue proteus que por sí solo puede ocasionar diarrea y otro tipo de Infecciones seguido de *Klebsiella* y Aeromona. En el presente estudio se trata solamente de reportar los microorganismos más prevalentes en pacientes con EII y diarrea, de esta manera se entender mejor la relación de estos microorganismos con la fisiopatología de estas entidades en pacientes con actividad clínica.

ID 325

Amiloidosis cutánea y síndrome de sobreposición: reporte de un caso

Jonathan Paz-Delgadillo, Carlos Alejandro Cortez-Hernández, Héctor Jesús Maldonado-Garza y Rodrigo Gutiérrez-Udave. Hospital Universitario. Monterrey, N.L., México. jonaspaz07@hotmail.com

Antecedentes: La amiloidosis consiste en un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracteriza por el depósito extracelular de proteínas con un patrón fibrilar anormal. La amiloidosis primaria está asociada a enfermedades como mieloma múltiple y linfoma, afecta preferentemente músculo, corazón, tracto gastrointestinal y nervios periféricos. En la forma sistémica la piel se afecta en 29%-40% de los casos. La amiloidosis cutánea primaria (ACP) se define como la deposición de amiloide en la piel en ausencia de otras enfermedades sistémicas o cutáneas. La asociación entre ACP y otras enfermedades se ha documentado para para enfermedades del tejido conectivo. La cirrosis biliar primaria (CBP) se caracteriza por el ataque mediado por linfocitos T sobre los ductos biliares intralobulares pequeños. El 95% de los pacientes con CBP son mujeres. A pesar

de que la hepatitis autoinmune (HAI) se considera una enfermedad diferente a la CBP, 9%-12% de los pacientes con CBP pueden exhibir características "sobrepuestas" con HAI. La presencia de un síndrome de sobreposición + amiloidosis cutánea primaria no ha sido reportada previamente.

Caso clínico: Un paciente masculino de 35 años de edad había sido valorado desde mayo del 2013 en la clínica de dermatología por un cuadro de 6 meses de evolución con prurito generalizado e hiperpigmentación cutánea, además de una dermatosis diseminada en tronco, cara posterior, extremidades superiores e inferiores, caracterizada por múltiples máculas y pápulas hiperpigmentadas de color café. Se realizó biopsia de piel en la cual se observó depósito de amiloide en la dermis papilar y reticular el cual fue resaltado mediante tinción de rojo Congo. Se obtuvieron enzimas hepáticas anormales por lo que se comentó al Servicio de Gastroenterología. En junio del 2013 el paciente es valorado por nuestro Servicio, reportando prurito, ictericia, coluria y acolia. El paciente negó fiebre, uso de medicamentos sistémicos, transfusiones, uso de drogas IV o conductas sexuales de riesgo. La exploración física mostró ictericia conjuntival, hígado palpable no doloroso 1 cm debajo de reborde costal, aproximadamente 12 cm. Los laboratorios revelaron PFH's alteradas con patrón colestásico con síntesis hepática preservada: BT 6,2 mg/dL, BD 3,4 mg/dL, GGT 849 U/l, PA 767 (U/l), AST 231U/l, ALT 254 U/l, Alb 3,5 mg/dL, INR 1,0. Serología para VIH, VHC y VHB negativa. Creatinina 0,8 mg/dL, proteínas en orina de 24 horas negativas. La ecografía hepática demostró un hígado de 12 cm de forma y ecogenicidad normal, sin dilatación de la vía biliar intrahepática. Los anticuerpos AMC y AML resultaron positivos 1:320 por IF. Se realizó biopsia hepática reportando colangitis linfocítica con ductopenia, formación de puentes fibrosos estadio 3 (0-4), actividad de hepatitis y colangitis leve. Se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico.

Discusión: La afección hepática por amiloidosis sistémica se presenta con hepatomegalia en el 80%-90% de los casos y datos de colestasis. Debido a que los síntomas sistémicos son inespecíficos se requiere confirmación mediante biopsia con tinción de rojo Congo. En este paciente se confirmó el diagnóstico de CBP mediante la bioquímica hepática colestásica, AMA (+) y la histología hepática. El diagnóstico de síndrome de sobreposición se integró mediante los criterios de Chazouillères et al. Una de las hipótesis para explicar la ocurrencia simultánea es la presencia de epitopes comunes en los conductos biliares y los keratinocitos formándose autoanticuerpos que pudieran reaccionar de forma cruzada. En conclusión la ACP parece estar relacionada con autoinmunidad, y su presencia nos debe alertar a buscar otras enfermedades con la misma fisiopatología.

ID 327

Utilidad de una fórmula láctea antidiarrea en lactantes con gastroenteritis aguda no complicada

Carlos Iván Oyervides-García, María Isabel Torres-Mancillas y Alma Rosa Paredes-Ramírez. Hospital del Niño "Federico Gómez". Saltillo, Coah., México. oyervides@interclan.net

Antecedentes: Las enfermedades diarreicas constituyen una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años a nivel mundial. Durante el segundo año de vida, la leche continúa siendo parte fundamental de la dieta de un niño. Proporcionar una fórmula láctea diseñada para mejorar su tolerabilidad intestinal y mantener un adecuado aporte nutricio, tendrá efectos en duración del cuadro enteral.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una fórmula láctea antidiarrea (FAD) en niños de uno a 2 años con gastroenteritis aguda no complicada.

Materiales y métodos: A todos los pacientes al ingreso se les realizó una historia clínica completa y examen físico, un coprológico y un Rotatest. Se asignó de manera aleatorizada a los pacientes en 2 grupos: el primero recibió una dieta una astringente adecuada para la edad y solución rehidratante de 45 mEq/L (SR). El grupo 2 recibió el mismo tratamiento más una FAD. Se realizaron valoraciones al inicio, 3° y 5° día. Se evaluó el peso al inicio y al final del estudio, el número y la consistencia de las evacuaciones, número de movimientos peristálticos, la duración del cuadro diarreico, el tiempo que se le proporcionó suero oral y dieta astringente. Se utilizó SPSS® versión 17,0 para el análisis estadístico. Se realizó *ji cuadrada* o prueba exacta de Fisher para comparación de frecuencia de variables cualitativas y *t* de Student para comparación de medias entre las muestras. El valor de significancia fue de 0,05.

Resultados: Al inicio del estudio se incluyeron 32 pacientes sin deshidratación, con una edad media de 17,2 meses, de los cuales 2 se eliminaron; uno por disentería y el otro por falla al tratamiento el día del ingreso. En los 30 pacientes que concluyeron el estudio no hubo diferencias en las características demográficas ni en los exámenes realizados entre ambos grupos al inicio del estudio. Solo un paciente tuvo infección documentada por Rotavirus y se integró al grupo problema. La duración del cuadro diarreico fue de 3,41 días en el grupo 1 y 2,43 en el grupo 2 ($p=0,038$). Los días en que se proporcionó SR fueron 3,17 en el grupo 1 y 2,19 en el grupo 2 ($p=0,025$). El número de evacuaciones al 3° día y 5° día no tuvieron diferencia ($p=0,58$ y $p=0,89$). El número de movimientos peristálticos mejoró más rápido en los niños recibieron FAD ($p=0,005$) y fueron semejantes al final del estudio. El peso del grupo 1 tuvo una media de -230 g al final del estudio respecto al ingreso, y en el grupo 2 una media de +230 g respecto al ingreso ($p=0,43$).

Conclusiones: La utilización de una FAD acorta la duración del cuadro diarreico agudo en niños de uno a 2 años de vida, hace que se requiera menos suero oral para mantener el estado de hidratación y tiene un efecto positivo en el estado nutricional del niño al curar el cuadro diarreico.

ID 328

Hallazgos clínicos, bioquímicos y de histología hepática en adultos con sobrepeso y obesos con hígado graso no alcohólico (EHGNA)

Boris Ariel Hernández-Briones, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Jesús Gerardo López-Gómez, Lol-Be Pinzón-Te, Fabiola Maely González-Ortiz, Alberto Coronado-Terrazas, Elizabeth Buganza-Torio y Armando Alonso Martínez. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. sirobleira08@gmail.com

Antecedentes: El término hígado graso no alcohólico (EHGNA) ha sido utilizado para describir diferentes estadios de la enfermedad, que van desde la esteatosis simple, la presencia de actividad necro inflamatoria de diversos grados que puede evolucionar a fibrosis y/o cirrosis. En México, cada día se encuentran más pacientes con cirrosis hepática y que en su momento cursaron con la enfermedad sin establecerse el diagnóstico adecuado. La biopsia hepática ha sido tradicionalmente el estándar de oro para confirmar la sospecha diagnóstica.

Objetivo: Determinar la frecuencia de hallazgos histológicos en biopsias hepáticas obtenidas mediante punción percutánea en paciente con sobrepeso u obesidad, y evaluar la correlación con variables antropométricas como índice de masa corporal (IMC), historia de diabetes, hipertensión o dislipidemia y variables bioquímicas como glicemia, aminotransferasas.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico histológico de EHGNA, del Servicio de Gastroenterología de un hospital de 3° nivel de atención

comprendido de enero 2010 a diciembre de 2012. Criterios de inclusión: Historias clínicas de pacientes que tenían diagnóstico histológico de EHGNA de la Consulta Externa de Gastroenterología teniendo sobrepeso ($IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$) u obesidad ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$) según IMC con o sin historia de transaminasemia. Criterios de exclusión: pacientes con antecedente de ingesta de fármacos hepatotóxicos, enfermedades hepáticas autoinmunes y portadores de hepatitis viral tipo B o tipo C y el antecedente de ingesta de alcohol $> 20 \text{ g}$ al día para mujeres y de $> 30 \text{ g}$ al día para los hombres.

Resultados: Se obtuvo un total de 38 pacientes, 28 mujeres y 10 hombres, edad promedio de 51 años, mínimo de 32 años y máximo de 65 años, peso promedio de 73,5 Kg. El 40% de los casos tenían edades comprendidas entre los 40 y 49 años. La presencia de hipertensión arterial, se observó en 8 pacientes, representado un 20%, con un HOMA mayor a 5, en 7 pacientes (11%) con predominio de obesidad (72%). Mayor sobrepeso con relación a los grados de obesidad (60%) y de los grados de obesidad, el grado I fue el predominante (34%) La concentración de transaminasas fue mayor para el grupo con obesidad I (AST: 33,1% vs. 23,7% en obesidad; ALT: 36,5% vs. 20,3%). Según la clasificación de Brunt ningún paciente fue clasificado en el grupo 0, 21 pacientes fueron clasificados en el grupo 1 (55,55%), y 14 en el grupo 2 (31,11%) y 3 pacientes en el grupo 3 (13,33%).

Conclusiones: Se concluye que las condiciones clínicas de mayor predominancia fueron: el sobrepeso y la hipertensión arterial, que incluyeron al 95% y 20% de la muestra, respectivamente, y que está en relación con el síndrome metabólico primario. En más de la cuarta parte de los pacientes con EHGNA existió relación con las alteraciones bioquímica clínica respecto al diagnóstico histológico. Los triglicéridos, ALT, AST, resultaron los marcadores bioquímicos de mayor utilidad en los diagnósticos de estos pacientes.

ID 330

Descripción de pacientes pediátricos con litiasis biliar sometidos a tratamiento quirúrgico y evolución posoperatoria inmediata en un hospital de 3° nivel de atención

David Espinosa-Saavedra, Judith Flores-Calderón y Ana Carolina Sepúlveda. UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F. marine.81@hotmail.com

Antecedentes: La litiasis biliar se define como presencia de material sólido en el tracto biliar. Estudios realizados en México han demostrado una prevalencia de cálculos biliares del 0,35%. En nuestro país no se conoce la evolución posquirúrgica inmediata de los pacientes operados ya sea con técnica quirúrgica abierta o laparoscópica.

Objetivo: Describir la principal edad de presentación, etiología, cuadro clínico, método diagnóstico y tipo de procedimiento quirúrgico empleado en pacientes operados de litiasis biliar.

Materiales y métodos: lugar de realización: UMAE, Hospital de Pediatría, CMN SXXI, IMSS. Población: Pacientes pediátricos con litiasis biliar sometidos a intervención quirúrgica en el periodo de enero del 2006 a diciembre del 2011. Diseño: estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Descripción: recolección de datos del Servicio de patología, se tomó nombre y número de seguridad social y se obtuvo del expediente clínico edad, género, peso, talla, IMC, datos de relevancia clínica y estudios diagnósticos (pruebas bioquímicas y estudios de imagen), hallazgos transoperatorios, tiempo quirúrgico, complicaciones, morbilidad, inicio de la vía oral y estancia hospitalaria, características morfológicas de la vesícula y características de los litos.

Resultados: Se estudiaron 30 pacientes con litiasis biliar, encontrando 66,7% del sexo femenino. Con mayor frecuencia en mayores

de 11 años (63,3%). La etiología principal fue idiopática. Las principales características clínicas fueron dolor abdominal, náusea o vómito (76,7%). El USG diagnosticó al 100% de los pacientes. El reporte histopatológico mostró 50% de litos amarillos. Se realizó colecistectomía laparoscópica al 60% de los pacientes. Se encontró una diferencia menor en la colecistectomía laparoscópica en lo correspondiente al volumen de sangrado, reinicio de alimentación posquirúrgica y tiempo de alta posquirúrgica.

Conclusiones: La litiasis biliar en niños en nuestra población se presenta principalmente en el grupo femenino, principalmente en los adolescentes. La etiología de la colelitiasis es principalmente idiopática, se presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal. El principal método diagnóstico utilizado fue el ultrasonido. Se encontró que a partir del año 2006 se prefiere la colecistectomía laparoscópica, observándose menor volumen de sangrado, menor tiempo de ayuno y menor tiempo de alta, de acuerdo a lo observado en la colecistectomía abierta.

ID 331

Colitis linfocítica y enfermedad reumatológica asociada. Reporte de un caso

Boris Ariel Hernández-Briones, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Jesús Gerardo López-Gómez, Lol-Be Pinzón-Te, Fabiola Maely González-Ortiz, Alberto Coronado-Terrazas, Elizabeth Buganza-Torio y Armando Alonso Martínez. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. sirableira08@gmail.com

Antecedentes: La colitis colagenosa y la colitis linfocítica son enfermedades incluidas en el espectro del síndrome de colitis microscópica. Ambos términos son actualmente usados para denotar la asociación de: diarrea crónica, mucosa normal en colonoscopia, inflamación crónica de mucosa (histología). La incidencia es baja, 4-6/100.000 habitantes por lo que se le ha considerado dentro del grupo de enfermedades raras, con un pico máximo entre los 60-70 años, con predominio en el sexo femenino. La etiología es desconocida hasta el momento pero se ha observado que existe relación entre la colitis y las enfermedades autoinmunes o la diabetes mellitus.

Objetivo: Informar caso clínico de una paciente con colitis linfocítica y enfermedad reumatológica asociada.

Materiales y métodos: Mujer de 68 años, portadora de espondilitis anquilosante desde hace 20 años, enfermedad articular degenerativa localizada en manos, en tratamiento. Padecimiento actual: inicia con cuadro de 15 días de evolución con dolor abdominal sin otra sintomatología asociada. Quince días posteriores, inicia con evacuaciones diarreas Bristol 7, sin esteatorrea, no moco, sangre, lientería. La exploración física, no relevante para el padecimiento actual. Se inició protocolo de estudio con biometría hemática y bioquímicos: rangos normales. Coprológico y coprocultivo normal. Ecografía abdominal: normal. Dada la persistencia de los síntomas se programó colonoscopia con toma de biopsias: reportando estudio colonoscópico normal. En la anatomía patológica se describe aumento de los linfocitos, identificando 20 linfocitos intraepiteliales por cada 100 enterocitos colónicos compatibles con colitis linfocítica.

Resultados: Se inicia tratamiento con (5-ASA) mesalazina oral y prednisona 5 mg/día. Teniendo respuesta favorable al tratamiento.

Conclusiones: Si bien la enfermedad celíaca es la enfermedad reumatológica mayormente asociada a colitis microscópica, hay otras enfermedades reumatológicas asociadas como artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante, teniendo éstas el componente inflamatorio, como factor asociado a esta patología. Es un grupo de enfermedades cuya frecuencia está aumentando en los últimos años, probablemente por la búsqueda intencionada de los endoscopistas en el estudio de pacientes con diarrea crónica, aunque la mucosa sea macroscópicamente normal.

ID 332

Frecuencia de sobrecrecimiento bacteriano intestinal en pacientes pediátricos con cirrosis hepática

David Espinosa-Saavedra, Judith Flores-Calderón y Segundo Morán-Villota. UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F. marine.81@hotmail.com

Antecedentes: La cirrosis hepática es la consecuencia final de todas las enfermedades hepáticas crónicas y se caracteriza por fibrosis y pérdida de la arquitectura hepática normal. El sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI) se presenta cuando los recuentos bacterianos son anormalmente altos en intestino delgado (más de 10^5 UFC/mL). De los métodos diagnósticos no invasivos el método más utilizado es la prueba de aliento. De acuerdo a la literatura el SBI es frecuente en pacientes adultos con cirrosis hepática, sin embargo, no se ha explorado su presencia en pacientes pediátricos con cirrosis.

Objetivo: Conocer la frecuencia de sobrecrecimiento bacteriano en pacientes pediátricos con cirrosis hepática. Diseño del estudio: trasversal. Pacientes y métodos: Se estudiarán pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática que cumplieron con los criterios de inclusión. El estudio se realizó en el HP del CMN SXXI del IMSS. Se realizó valoración del estado físico, mediante la evaluación clínica, índice de Child-Pugh, MELD y prueba hidrógeno en aliento con lactulosa. Análisis estadístico: para la descripción general del grupo de estudio se utilizaron promedios, dependiendo de los resultados del estudio (normalidad o anormalidad), se utilizaron pruebas paramétricas o no paramétricas.

Resultados: Se estudiaron 11 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática por estudio histopatológico; 4 hombres (36,4%) y 7 mujeres (63,6%). De acuerdo a la clasificación de Child-Pugh el 45,5% se encontraron en clase A. Se encontró presencia de sobrecrecimiento bacteriano intestinal en el 72,7%. Se presentó sobrecrecimiento bacteriano con mayor frecuencia en los pacientes con cirrosis descompensada (100%). Los pacientes con bilirrubina sérica $\geq 1,4$ mg/dL mostraron una frecuencia alta de sobrecrecimiento bacteriano (83,3%). Similarmente en pacientes con albúmina sérica baja ($\geq 3,2$ g/dL) mostraron una frecuencia alta de SBI (100%)

Conclusión: La sobrepoblación bacteriana diagnosticada por medio de la prueba de aliento con lactulosa es frecuente en niños con cirrosis hepática y su frecuencia aumenta directamente proporcional con la gravedad de la enfermedad hepática. La presencia de hipoalbuminemia-ascitis y la bilirrubina sérica $>1,4$ mg/dL se deben explorar como predictores de SBI, en forma prospectiva en un estudio con mayor número de pacientes.

ID 333

Cápsula endoscópica de colon C1: Hallazgos en intestino medio y consumo de AINES

Ana Luisa Desales-Iturbe, Clara Luz Martínez-García, Luis Mejía Cuan, Yolanda Zamorano-Orozco, Cesar Rivera, Claudia Martínez-Camacho y Miguel Ramírez-Ramírez. IMSS HGR1. México, D.F. analu_mx@hotmail.com

Antecedentes: Los AINES pueden producir a nivel del Intestino delgado un amplio abanico de lesiones: erosiones, úlceras múltiples, o estenosis tipo diafragma, y sus manifestaciones clínicas pueden ser hemorragia digestiva, anemia crónica, dolor abdominal o perfora-

ción. La enteropatía producida por el consumo de AINE es común
Objetivo: Determinar los hallazgos endoscópicos de la patología de intestino medio mediante cápsula endoscópica de colon C1, asociados con el consumo de AINES.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de una cohorte de pacientes que fueron enviados al hospital Dr. Carlos Mc Gregor Sanchez Navarro para la realización de cápsula endoscópica (CE) en el periodo de 2008-2011. A todos los pacientes se les realizó panendoscopia y colonoscopia previa. Se recolectaron las características, clínicas, demográficas, y los reportes de colonoscopia y panendoscopia previas. Un día previo a la administración de la CE, se indicio líquidos claros, y se inicio 3 litros de polietilenglicol, el día del estudio por la mañana previo a la ingestión de cápsula, se consumió otro litro de polietilenglicol, y en algunos casos se administro procinético (20 mg de domperidona). La técnica de exploración con la cápsula que se utilizó fue una técnica modificada (el periodo de hibernación de hora y media se hizo de forma externa previo a la ingestión de la misma). Durante el estudio de la cápsula se definieron horarios para hacer revisión en tiempo real con una computadora externa y poder alcanzar la exploración total del tubo digestivo medio. La grabadora y los sensores se retiraron del paciente, al termino del estudio y se descargo la información, fue revisada por un endoscopista experto.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes (15 hombres y 33 mujeres) en un periodo de 3 años. Su edad media fue de 57,9 años (rango de 25 a 84 años). Los Servicios quemásrefirieron pacientes fueron: Gastroenterología el 57%, medicina interna el 33% y el Servicio de colon y recto el 10%. Los diagnósticos de envió más frecuentes fueron: hemorragia de origen oscuro en un 60%, anemia en estudio en un 26% y enfermedad inflamatoria intestinal en un 14%. Todos los pacientes tenían una panendoscopia y una colonoscopia, que fueron realizadas en nuestro hospital. De los pacientes con diagnóstico de hemorragia de origen oscuro y anemia en estudio en un 87% se encontró la causa de sangrado. Los hallazgos más frecuentes fueron: ectasias vasculares en un 41%, úlceras en un 30%, erosiones en un 18% y tumores en un 11%. Las úlceras que se encontraron se diferenciaron de erosiones cubiertas de fibrina por el tamaño que se presentaban y su profundidad. De los pacientes con presencia de úlceras o erosiones en la cápsula endoscópica, el 58% consumía algún tipo de AINES.

Conclusiones: La evidencia de daño en intestino medio (erosiones o úlceras), es común en paciente con consumo de AINES (58%).

ID 334

Factores de riesgo asociados con mayor grado de esteatosis hepática determinada con ultrasonido en pacientes con hígado graso no alcohólico

Luis Raúl Valdovinos-García, Sara Vázquez-Manjarrez, Elisa Gómez-Reyes, Sophia Eugenia Martínez-Vázquez, Karla Gabriela Méndez-Jaramillo, Stefany Mora-Bulness, Jacqueline Cordova-Gallardo, Aldo Torre-Delgado, Juan Francisco Sánchez-Ávila e Ignacio García-Juárez. Departamento Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. dr-prapul@gmail.com

Antecedentes: Hígado graso no alcohólico actualmente se reconoce como causa importante de cirrosis. Se desconoce si en población mexicana existe una correlación entre el grado de gravedad determinado por ultrasonido y los factores de riesgo ya descritos para esteatosis.

Objetivo: Determinar la relación de los factores de riesgo descritos para hígado graso no alcohólico y gravedad determinada por ultrasonido.

Métodos: Es un estudio observacional, retrospectivo. Se evaluaron 102 casos de clínica de hígado graso de la Consulta Externa, se determinó el grado de infiltración grasa por ultrasonido por un médico radiólogo cegado a las características clínicas de los pacientes, se clasificó en 3 grados: leve discreta hiperecogenicidad con respecto al parénquima renal, se identificación diafragma y vena cava inferior (VCI); moderado incremento en la ecogenicidad y puede existir discreta dificultad para valorar los vasos intrahepáticos (VIH) más las suprahepáticas deben valorarse; grave no es posible visualizar el diafragma, VCI o VIH. Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva, e índices de dispersión. Se utilizó paquete estadístico SPSS® versión 17. Se tomó como estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: Divididos en 2 grupos esteatosis leve (EL) 54 pacientes (edad 23-71) y esteatosis moderado/grave (E MG) fue 49 pacientes (edad 20-65). Pacientes con hígado graso y bioquímica hepática normal fueron 46 (45%), de estos el 36 (78%) presentaron E MG. Esteatohepatitis 56 (54%) demostrado por biopsia hepática y bioquímica hepática alterada, 41 (73,2%) presentaron E MG. De acuerdo al grupo de comorbilidades se observó: HAS (n=35) el 68% con E MG. DM2 (n=35) el 71% con E MG, síndrome metabólico (n=10) el 70% con E MG, dislipidemia (n=22) 95% con E MG, hipotiroidismo (n=20) el 85% con E MG. Dislipidemia más algún otro factor (n=16) 87,5 presentó E MG, la suma de 2 de los factores previamente descritos (n=79) 77,2% presentaron esteatosis E MG.

Conclusiones: Observamos que a mayor número de factores de riesgo el grado de esteatosis clasificada por ultrasonido hepático es mayor. El factor de riesgo más importante para presentar esteatosis moderada/grave en este grupo revisado fue dislipidemia.

ID 335

Linfoma NK/T en esófago: reporte de un caso

Pedro Brito-Lugo, Jesús Mira-Martínez, Laura Dalia Pineda-Figueroa, Eduardo Reynoso-Gómez, Adrián Carballo-Zarate, Nereo Salas-Lozano y Coty González-Fernández. Hospital Español de México. México, D.F. dalia_pineda@yahoo.com

Introducción: El linfoma de células T-NK (por sus siglas en inglés: *natural killer*) extraganglionar, tipo nasal es caracterizado por daño vascular, necrosis, fenotipo citotóxico y asociación con virus Epstein Barr (EBV). Es más frecuente en adultos, predominio masculino. Es prevalente en asiáticos y en indígenas de México, América Central y Sudamérica. Afecta la región media facial, especialmente la cavidad nasal y los senos paranasales. Otros sitios de afección son piel, tracto gastrointestinal, bazo y sistema nervioso central. En pacientes con involucreo de tracto gastrointestinal por este tumor, la zona más comúnmente afectada es el intestino. El curso clínico es extremadamente agresivo, con una sobrevida no mayor a 19 meses. La sintomatología se relaciona con el efecto de masa del tumor, a menudo con lesiones destructivas extensas. Las características histológicas son: daño vascular extenso, necrosis y úlceras en mucosa con infiltrado difuso linfocítico. El patrón inmunohistoquímico más común es CD2+, CD56+, CD3+ citoplasmático y estudios para EBV positivos. Se recomienda realizar una tomografía por emisión de positrones (PET scan). A todo paciente debe realizarse una endoscopia nasal, así como una endoscopia de tracto gastrointestinal a fin de excluir una lesión nasal o gastrointestinal primaria. A la exploración endoscópica, las lesiones ulceradas en esófago medio son propias de linfoma no Hodgkin. No existe un tratamiento estandarizado para este tipo de linfomas; suelen ser tratados con regímenes quimioterapéuticos del tipo ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisolona (CHOP) y de antraciclinas. La radioterapia ha mostrado tener resultados cuando la neoplasia se encuentra limitada. Los factores de mal pronóstico para esta neoplasia son: que el linfoma T/NK no sea de tipo nasal, estadio III y IV, invasión de piel y

hueso, número de sitios extraganglionares y niveles circulantes de ADN del virus Epstein Barr.

Caso clínico: Femenino de 61 años de edad con queja persistente de epigastralgia tipo cólico intermitente, disfgia a sólidos de 3 meses de evolución, pérdida ponderal de 6 Kg. Con antecedentes patológicos relevantes: antecedente de Linfoma de Hodgkin en cuello tratado con radioterapia, hipotiroidismo. Sin encontrarse linfadenopatía a la exploración física. Se realizó PET scan con hallazgos de proceso infiltrativo en mesenterio. Se realizó endoscopia encontrando en tercio esofágico inferior una lesión ulcerativa de 2,5 cm x 1 cm, con bordes amamelonados, edematosos, blandos que se extiende a la unión esofagogástrica. Se realiza biopsia e inmunohistoquímica que demostró un infiltrado polimorfo de linfocitos atípicos, con tinciones positivas para CD56; así como para gránulos citotóxicos y para ARN del virus Epstein-Barr. Compatible con linfoma no Hodgkin, difuso, de células grandes, con inmunofenotipo T NK CD3+/CD56+ (linfoma de células T/NK DE TIPO extraneal, clasificación OMS 2008) resultados de inmunohistoquímica: positivo: CD3 (pan-t) CD30 negativo cd4 positivo (30%), perforina positivo (30%) CD56 positivo CD8 positivo (30%), granzima B positivo (90%) TIA-1 positivo (70%). La paciente recibió quimioterapia en base a 4 ciclos de: etopósido, vincristina, doxorubicina y vincristina, con pobre respuesta. Falleció 2 meses posteriores a egreso hospitalario.

Discusión: Los linfomas de células T/NK son raros, su localización más frecuente es la región centrofacial y el tracto aerodigestivo superior. Estos se presentan muy rara vez en el tracto gastrointestinal. Existen reportes aislados de estos linfomas, que han tenido como sitio de presentación más frecuente el intestino delgado y estómago. Sin embargo a la fecha no hay ninguno que se haya reportado en esófago como es nuestro caso. La histología de estos linfomas es similar a aquellos encontrados en otras localizaciones; caracterizándose por un infiltrado polimorfo de linfocitos atípicos con presencia de necrosis y angiocentricidad. El inmunofenotipo es CD3 positivo en citoplasma, CD56, gránulos citotóxicos (TIA-1, granzima B y perforina) y EBER-1. El diagnóstico de Linfoma NKTCL-N es un reto, por el cual es necesaria una endoscopia con toma de biopsias en manos de expertos, así como el diagnóstico histopatológico e inmunohistoquímico. Además, es necesaria una adecuada estadiificación con una tomografía axial computarizada, y biopsia de médula ósea a fin de ajustar una terapéutica.

ID 337

Tumoración colónica secundaria a actinomicosis

Claudia Isabel Blanco-Vela, Javier Pérez-Aguirre. Hospital Juárez de México. México, D.F. c_i_b_v@hotmail.com

Antecedentes: *Actinomyces spp.* son parte de la flora normal de las mucosas en humanos y son patógenos cuando hay lesión de la mucosa del tracto orofaríngeo, gastrointestinal, o genital. La infección puede simular malignidad por su naturaleza infiltrativa a órganos y tejidos adyacentes. La presentación abdominal se asocia a perforación intestinal y a uso de dispositivo intrauterino. Presentamos el caso de una mujer aparentemente sin antecedentes de riesgo para la infección oportunista y con tumoración en colon secundaria a infección por Actinomicetos.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente del género femenino de 58 años que acude por cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal en flanco derecho, tipo cólico, sin irradiaciones, cambios en los hábitos intestinales con estreñimiento, y pérdida de peso de 5 Kg. Como único antecedente refirió fractura radial distal y reducción quirúrgica en el 2009. A su

ingreso presentó signos vitales estables y los exámenes de laboratorio se encontraron dentro de los límites de normalidad. En la exploración física abdominal, se detectó un plastrón palpable en fosa iliaca derecha y dolor leve a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó colonoscopia en la cual se observó una lesión estenosante e infiltrativa a nivel del ciego. Se tomaron biopsias de la lesión, las cuales al examen histopatológico revelaron inflamación crónica inespecífica. La tomografía abdominal evidenció una tumoración a nivel del ciego de 5 cm de diámetro con realce de la pared en íleon terminal y en ciego, además de adenopatías. Ante la sospecha de neoplasia de colon, fue sometida a hemicolectomía derecha laparoscópica. Como hallazgo transoperatorio se reportaron múltiples adenomegalias peritumorales mayores de 1 cm. La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria, siendo egresada al cuarto día postoperatorio. Durante el examen macroscópico del espécimen quirúrgico se observó a nivel de ciego y mesoapéndice lesión mal delimitada de aspecto abscedado con tejido adiposo indurado y hemorrágico. El examen histopatológico reveló absceso pericecal con extensa colonización por *Actinomyces spp.*, visualizándose “gránulos de azufre”, inflamación aguda y crónica con hemorragia reciente y antigua.

Conclusiones: La actinomicosis es una enfermedad crónica, supurativa, y clínicamente se manifiesta con la formación de fístula, seno, seudotumor inflamatorio, o absceso. Son estas manifestaciones las que obligan a considerar entre los diagnósticos diferenciales a la enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad pélvica inflamatoria, neoplasias, diverticulosis, y tuberculosis. *Actinomyces spp.* son habitantes de las membranas mucosas en humanos. La presentación abdominal es frecuente y se asocia a procesos inflamatorios intestinales o a colonización del aparato genital femenino. La diseminación es por continuidad de los tejidos. El diagnóstico preoperatorio es difícil y aunque la presentación clínica de masa colónica es infrecuente, ante la sospecha de neoplasia la conducta terapéutica apropiada es la cirugía. El tratamiento debe completarse con antibioticoterapia dirigida mediante aminopenicilinas combinadas con inhibidores de β-lactamasa.

ID 338

Enteropatía autoinmune en inmunodeficiencia común variable. Reporte de un caso

José Miguel Fuentes-Pérez, Leticia Rodríguez-Ocón, Ulises N. García-Ramírez, Pedro Méndez-Shasida, Mariana Gómez-Nájera, Juana Elvia Castillo-Calderón y Esmeralda Valdés-Guzmán. IMSS CMN Del Bajío UMAE N° 48. León, Gto., México. dralerocon@live.com.mx

Antecedentes: La inmunodeficiencia común variable es una enfermedad que se caracteriza por disminución de niveles séricos de Inmunoglobulinas IGG, IGA y/o IGM con disminución o ausencia de anticuerpos específicos para abatir una infección y/o falta de respuesta significativa ante una vacuna o ante la evolución natural de una enfermedad.

Los síntomas gastrointestinales se encuentran en un 50% de los pacientes principalmente la diarrea crónica (92%) y el 54% tiene síndrome de malabsorción intestinal imitando a la enfermedad celiaca. En el 51% de los casos se encuentra atrofia de Velloidades e incremento de linfocitos a nivel intestinal.

Caso clínico: Se presenta un caso clínico de una adolescente femenina de 12 años de edad con antecedente de consanguinidad. Rinoescleroma de 2 años de evolución y cuadro clínico 2 meses previos a su ingreso con evacuaciones líquidas esteatorreicas y pérdida de peso 10 Kg en 2 meses Diagnóstico de síndrome de malabsorción intestinal y enteropatía perdedora de proteínas y desnutrición de 3° grado sin respuesta a dieta libre de gluten.

Resultados: Se realizan inmunoglobulinas IGG, IGA, IGM y subclases de IGG reportándose bajas. Se inicia terapia de reemplazo con gammaglobulina G intravenosa con buena respuesta.

Biopsia yeyunal: Atrofia de vellosidades incremento leve de células plasmáticas con diagnóstico final de enteropatía por inmunodeficiencia común variable.

ID 339

Falla hepática aguda en enfermedad de Wilson: reporte de un caso

Octavio René García-Flores, Patricia Pedroza-Pineda, Kenia Lizeth Benítez-Castro y Aldo Torre-Delgadillo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. chelsee_15@hotmail.com

Antecedentes: La enfermedad de Wilson es un trastorno autosómico recesivo del metabolismo del cobre, clínicamente asociado con daño hepático y/o síntomas neurológicos de grado variable. La acumulación de cobre y su toxicidad resulta en una lesión directa a los hepatocitos, seguida por la inflamación y deterioro irreversible de las neuronas, principalmente en el sistema extrapiramidal. Un número nada despreciable de casos comienzan con insuficiencia hepática fulminante o aparición aguda de los síntomas neurológicos. Si se deja sin tratamiento o en el caso del diagnóstico y tratamiento tardío, ambas manifestaciones agudas pueden dar lugar a síntomas irreversibles e incluso la muerte. El diagnóstico rápido y exacto por medio de análisis clínico, bioquímico y genético y el inicio inmediato de la terapia con medicamentos con quelantes de cobre o, en el caso de la insuficiencia hepática fulminante, el trasplante de hígado ortotópico son esenciales para un resultado favorable en pacientes con enfermedad aguda Wilson.

Caso clínico: Mujer de 19 años con antecedente de hermana de fallecida por insuficiencia hepática aguda a los 19 años. Se realiza pruebas de función hepática que reportaron BT 1, AST 181, ALT 293, FA 369, albúmina 3,9, USG de HyVB se observó infiltración hepática grasa leve. El perfil de hierro, Acs AMA, AMAS, PHV, antiDNA doble cadena, antiLKM1, complemento resultando negativos y ANAs 1:160. Dos meses después se realiza biopsia hepática con diagnóstico de hepatopatía crónica activa con fibrosis, alfa-1 antitripsina normal, y ceruloplasmina de 10 mg/dL. Inicia estudio para enfermedad de Wilson, descartando anillo de Kayser-Fleischer y cobre en orina con niveles de 15,2. Se descarta hemocromatosis familiar y se inicia tratamiento con prednisona y azatioprina por sospecha de hepatitis autoinmune, se suspende 2 semanas después por efectos adversos. Ocho meses después del inicio del abordaje inicia con acolia e ictericia en escleras, ascitis, astenia, adinamia y 7 días después presenta encefalopatía hepática grado 2, en sus laboratorios se encontró leucocitos 14,2, hemoglobina 14,8, plaquetas 102, TP 29 seg, INR 2,9, creatinina 0,78, BT 4,7, BD 1,6, BI 3,1, ALT 256, AST232, albúmina 2,4, por lo que fue hospitalizada para abordaje de falla hepática aguda. Se le realizó medición de ceruloplasma y cobre en orina con resultados de 10 y 2273 respectivamente, así como una prueba de reto con D-penicilamina que resulto positiva y se confirma el diagnóstico de enfermedad de Wilson. Durante su hospitalización la paciente mostró mejoría de la función hepática e inicio protocolo de trasplante hepático. La paciente finalmente fue trasplantada meses después.

Conclusiones: La falla hepática es una forma de presentación poco común de la EW. El tratamiento definitivo se realiza con THO, con el fin de corregir el trastorno metabólico.

ID 340

Aplicación de terapia biológica en el tratamiento de enfermedad inflamatoria intestinal en un

hospital pediátrico de 3° nivel, en pacientes con mala respuesta al tratamiento convencional

Rebeca Ivonne González-Rodríguez, Karla Miranda-Barbachano, Judith Flores-Calderón, Beatriz González-Ortiz y Dora María Tapia-Monge. UMAE Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS. México, D.F. karmirandabarchano@gmail.com

Antecedentes: Introducción. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba a la enfermedad de Crohn (EC) y a la colitis ulcerativa (CU). Su incidencia en la población pediátrica, ha aumentado en los últimos años. Los objetivos principales del tratamiento son inducir y mantener un estado de remisión clínica, prevenir las recaídas, mantener una nutrición y desarrollo adecuados y reducir el número y duración de las recaídas. El tratamiento inicial consiste en 5-ASA, esteroides y azatioprina. Ante la falta de respuesta al tratamiento o por la presencia de efectos adversos al tratamiento convencional, el uso de otros medicamentos como terapia biológica se ha empleado con éxito en adultos. El infliximab (IFX) es un anticuerpo monoclonal humano antifactor alfa de necrosis tumoral (TNF α). Es efectivo para inducir la remisión tanto clínica como histológica. El curso de la enfermedad podría cambiar con el uso de terapia biológica y, por tanto, disminuir la necesidad de cirugía, mejorar su calidad de vida.

Objetivo: Describir la experiencia con el uso de IFX, en una población pediátrica con EII en una unidad de 3° nivel de atención en pacientes con mala respuesta al tratamiento convencional.

Materiales y métodos: Se incluyeron 7 pacientes, uno fue eliminado por no contar con expediente completo. El estudio fue ambilectivo. Todos los pacientes presentaron mala respuesta al tratamiento convencional para EII; al considerarse candidatos a terapia biológica, se realizó el escrutinio correspondiente, estudios paraclínicos y se descartaron infecciones. En los pacientes con CU se realizó evaluación con escala de PUCAI; y la escala de Baron se utilizó para evaluar cambios en la mucosa colónica por endoscopia. En todos los pacientes se realizó endoscopia previo al cambio de tratamiento. Se realizó evaluación de la respuesta al tratamiento al momento actual con estudios paraclínicos y revaloración de síntomas de recaída o mala respuesta.

Resultados: De los 6 pacientes, 4 fueron masculinos. El diagnóstico más frecuente fue de CU (n=4), un paciente con diagnóstico de colitis indeterminada (CI) y otro con diagnóstico de EC. La media de edad al diagnóstico de la enfermedad inflamatoria fue de 11 años 7 meses. El tiempo que recibieron tratamiento convencional en promedio fue de 2,5 años. La indicación para inicio de terapia biológica en todos fue mala respuesta al tratamiento. Previo al inicio de terapia con IFX de los 4 pacientes con CU, 2 tuvieron actividad grave de acuerdo a escala PUCAI y 2, actividad moderada, el paciente con EC presentaba fístula enterocutánea de alto gasto con dependencia de NPT; y el paciente con CI presentaba diarrea crónica con deshidratación grave y hemorragia digestiva anemizante. Por colonoscopia se reportó colitis moderada en 2, y grave en 2 pacientes con CU. Todos recibieron IFX a dosis de 5 mg/Kg/día. Al momento de la revisión actual, posterior a inicio de manejo con IFX, el PUCAI disminuyó a actividad leve en los 4 pacientes con CU; en el paciente con CI, disminuyeron los cuadros de diarrea crónica, deshidratación y sangrado; y el paciente con EC, tuvo disminución del gasto por fístula enterocutánea, reinició la alimentación enteral, teniendo recuperación nutricional.

Conclusiones: Los pacientes continúan en tratamiento y ésta fue una revisión a la 5° dosis y deberá completarse el seguimiento a 2 años para determinar la utilidad del tratamiento en pacientes con fallas al tratamiento convencional.

ID 341

Hepatopatía por lamotrigina: informe de un caso

José Antonio León-Alcántar, Juan de Dios Venegas-Sandoval, Felipe Zamarripa-Dorsey, Nuria Pérez-y López, Elí García-Ruiz-y Scherezada Ma. Isabel Mejía-Loza. Hospital Juárez de México. México, D.F. drleonalcantar@gmail.com

Antecedentes: La lamotrigina es un compuesto químico perteneciente a la familia de las feniltriazinas. La elevación de las transaminasas o la hepatitis se ha reportado como un efecto secundario raro. La mayoría de los pacientes en los cuales se ha presentado hipertransaminasemia se encontraban recibiendo otras medicaciones potencialmente hepatotóxicas especialmente ácido valproico. El mecanismo mediante el cual la lamotrigina causa el fallo hepático no está del todo entendido, sin embargo se han implicado reacciones alérgicas mediadas inmunológicamente. Reportamos el caso de una paciente quien desarrolló hepatitis aguda luego del inicio de tratamiento antiepiléptico con lamotrigina, sin ningún otro medicamento asociado.

Objetivo: Reporte de un caso de hepatopatía inducida por lamotrigina.

Materiales y métodos: Femenino de 20 años de edad, sin antecedentes tóxicos, con diagnóstico de epilepsia a los 17 años de edad, se trató con carbamacepina por espacio de un año, abandonó el tratamiento durante 2 años. Presentó descontrol de su patología por lo cual acude a primer nivel de atención donde se administró Lamotrigina 100 mg cada 12 horas. Nueve días posteriores al inicio del medicamento presentó lesiones cutáneas generalizadas maculopapulares, ictericia generalizada, progresiva, mioclonías en extremidades derechas, desorientación, agresividad y crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas en 2 ocasiones por lo que acude a nuestro Hospital. A la exploración física presentó ictericia generalizada, encefalopatía hepática grado II, hepatomegalia y lesiones papulares en abdomen y extremidades. Los exámenes de laboratorio mostraron: glucosa 108 mg/dL; albúmina 3,7 g/dL; globulinas 2,5 g/L; bilirrubina total 20,13 mg/dL; bilirrubina directa 14,7 mg/dL; fosfatasa alcalina 361 U/L; transaminasa glutámico pirúvica 575 U/L; transaminasa glutámico oxalacética 382 U/L; deshidrogenasa láctica 261 U/L; colesterol total 481 mg/dL; tiempo de protrombina 14,2 seg; tiempo de tromboplastina parcial 24 seg; gamma glutamil transpeptidasa 622 U/L. el perfil de inmunoglobulinas fue normal, la determinación de anticuerpos antimúsculo liso, antinucleares, anti antígeno soluble de hígado y anticuerpos microsomales anti hígado/riñón tipo 1 fueron negativos, panel viral para hepatitis no reactivo. El ultrasonido Doppler portal no evidenció alteraciones estructurales, vasculares ni obstructivas. Le fue practicada biopsia hepática reportando colestasis intracitoplasmática abundante, tumefacción de hepatocitos, arquitectura microscópica conservada. Asimismo, se obtuvo biopsia de piel compatible con daño por medicamentos. Se retiró el medicamento agresor con lo cual experimentó mejoría radical tanto clínica como bioquímica.

Resultados: Actualmente la paciente se encuentra asintomática, los últimos controles de laboratorio revisados en la Consulta Externa de Gastroenterología se encontraron normales.

Conclusión: Hay pocos casos reportados de hepatopatía por lamotrigina en la literatura generalmente relacionados con la ingesta concomitante de ácido valproico, en el presente caso el daño hepático se relacionó únicamente con lamotrigina, además presentó también efectos adversos a otros niveles tales como sistema nervioso central y dermatológico.

ID 342

Factores asociados a infecciones hepáticas encontradas en autopsias

Nashiely Gil-Rojas, Yuridia Macías-Ángeles, Azucena Casanova-Lara, Fátima Higuera-de la Tijera, Francisco Salas-Gordillo y Eduardo Pérez-Torres. Hospital General de México. México, D.F. nagirs240681@yahoo.com.mx

Antecedentes: Las infecciones primarias del parénquima hepático son raras. El aporte sanguíneo dual lo hace susceptible a infecciones, además, el árbol biliar proporciona otra vía para que microorganismos accedan al parénquima hepático.

Objetivo: Describir los factores clínicos asociados a la presencia de infecciones hepáticas detectadas durante la autopsia.

Materiales y métodos: Se revisaron reportes de autopsia realizadas del 2003 al 2007 buscando el hallazgo de infecciones hepáticas. Las variables cuantitativas se expresan en media y desviación estándar (DE) o mediana y rango, de acuerdo a su distribución; y las cualitativas en proporciones y porcentajes.

Resultados: Se revisaron los datos de 3616 autopsias realizadas en 5 años. Se encontraron infecciones hepáticas en 117 pacientes (3%). Edad promedio 50 años ($\pm 18,24$). Cincuenta y siete (49%) mujeres y 60 (51%) hombres. En cuanto al tipo de infección 63 (54%) fueron tuberculosis hepática, 26 (22%) abscesos piógenos, 4 (3,5%) histoplasmosis, 3 abscesos amebianos, 3 abscesos colangíticos, 3 leptospirosis, 2 criptococosis, 2 aspergilosis, 2 candidiasis, uno leishmaniasis, uno coccidioidomicosis, uno actinomicosis, un caso por *Yersinia sp.*, uno por nemátodos, uno por Citomegalovirus, uno virus de hepatitis C y uno virus de hepatitis B. De los factores clínicos acompañantes, se encontró infección concomitante en otros órganos en 110 pacientes (94%), de los pacientes con TB hepática 62 (98%) estaban asociados a TB miliar y se encontró infección por otros organismos en 25 casos (40%). En los casos con infecciones diferentes a TB, 47 (87%) presentaban infecciones en otros órganos. Otros factores coexistentes fueron sepsis en 41 (35%) casos, DM 30 (26%), etilismo 30 (26%), tabaquismo 26 (23%), hipertensión arterial sistémica 14 (12%), neoplasias hematológicas 11 (9,5%), otras neoplasias 8 (7%), IRC 9 (8%) y antecedente de cirugías abdominales o pélvicas 7 (6%). La mediana del tiempo de evolución del cuadro clínico fue de 30 días (1-548 días). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre en 44 (38%) casos, dolor abdominal en 39 (33%) y astenia y adinamia en 34 (29%). Los hallazgos en la exploración física más frecuentes fueron dolor abdominal en 41 (35%) pacientes y hepatomegalia en 22 (19%). Los pacientes presentaron sintomatología y hallazgos en la exploración física no relacionados con la infección hepática en 29 (25%) y 25 (21%) casos respectivamente.

Conclusiones: Las infecciones hepáticas se encuentran de forma poco frecuente. La infección hepática más frecuente es la tuberculosis hepática. Hasta 94% de los casos de infección hepática se encuentran relacionados con otros focos infecciosos. Otros factores clínicos encontrados fueron sepsis, diabetes mellitus y el antecedente de etilismo crónico y tabaquismo.

Conflicto de intereses: Este trabajo no ha sido patrocinado por ninguna institución gubernamental ni empresa farmacéutica.

ID 343

Factores de riesgo para resangrado y mortalidad en pacientes cirróticos con sangrado de tubo digestivo alto en un centro de 3° nivel: revisión de 4 años

Ariadna Iraís Ramírez-Polo, Eric López-Méndez, Carlos Moctezuma, Rafael Bernal-Méndez y Ignacio García-Juárez. Hospital General "Manuel Gea González". México, D.F. Santa_91069@hotmail.com

Antecedentes: El Consenso Europeo de Baveno V definió la falla para prevenir el resangrado como la presencia de un episodio único de resangrado clínicamente significativo originado de fuentes originadas por hipertensión portal después del día 5 de tratamiento. El resangrado clínicamente significativo como la presencia de: melena o hematemesis recurrente, como resultado de cualquiera de: 1) admisión hospitalaria, 2) transfusión sanguínea, 3) caída de 3 g en la hemoglobina, 4) muerte en las siguientes 6 semanas. Los factores de riesgo para resangrado y/o falla del control de la hemorragia aguda, identificados en estudios previos son: presencia de un GPVH mayor de 20 mmHg, TAS menor de 100 mmHg, y etiología no alcohólica de la cirrosis. Otras variables clínicas asociadas son etapa avanzada de daño hepático (clase alta de Child-Pugh), sangrado activo al momento de la realización de la endoscopia de urgencia, la presencia de infección bacteriana, nivel de AST y la trombosis de la vena porta. Los factores asociados a resangrado temprano son sangrado inicial severo, resuscitación agresiva con la administración de un volumen excesivo de líquidos, infección, GPVH alto, complicaciones de la terapia endoscópica y falla renal. Para sangrado tardío: puntaje alto de Child-Pugh, várices grandes, uso de alcohol reciente (continuado) y presencia de carcinoma hepatocelular.

Objetivos: 1) Identificar los factores de riesgo para resangrado y muerte en los pacientes cirróticos con hemorragia de tubo digestivo alto (de origen variceal y no variceal), en base a las alteraciones clínicas y bioquímicas presentadas al momento del ingreso al hospital. 2) Conocer y describir las características de los pacientes con cirrosis hepática en la población mexicana.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. La información se obtuvo de los expedientes de pacientes que ingresaron al área de hospitalización del Servicio de Medicina Interna entre enero 2009 y diciembre 2012 con los diagnósticos de cirrosis hepática (de cualquier etiología) y HTDA, que contaban con panendoscopia durante la misma hospitalización y estudios de laboratorio del ingreso.

Resultados: Se encontraron 92 pacientes con HTDA, de ellos, la mayor parte hombres (n=64); la etiología más frecuente fue alcohol (75 casos, 81,5%). Del grupo no asociado a alcohol el 76,4% fueron mujeres (n=13). La mayor parte de los pacientes eran Child-Pugh B (66,3%) o C (25%). La comorbilidad de hipertensión arterial en el caso de pacientes con cirrosis de etiología no alcohólica fue un factor de riesgo identificado para sangrado ($p=0,04$). El relación a la mortalidad, se encontró los siguientes factores de riesgo: etiología no alcohólica, edad avanzada, hipoalbuminemia, Child-Pugh C y dosis baja de propranolol, manteniéndose la significancia estadística de los últimos 3 en el análisis multivariado.

Conclusiones: En la población mexicana, los factores de riesgo para muerte en caso de cirrosis y HTDA son hipoalbuminemia ($p=0,020$), dosis baja de propranolol previo ($p=0,003$) y Child-Pugh C ($p=0,024$).

ID 344

Patrón de asociaciones autoinmunes en una cohorte de pacientes con cirrosis biliar primaria (CBP) vigilada por 10 años

Nathyeli Berenice Guerra-Urbe, María Sarai González-Huezo, Delia Elissa Martínez-Castillejos, Mónica Acosta-Gómez y Lucía Yunuen Delgado-Ayala. Centro Médico Issemym. Metepec, Edo. Méx., México. medicina.guerra@gmail.com

Antecedentes: La cirrosis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática colestásica crónica, que se considera modelo de autoin-

munidad por contar con un marcador específico (anticuerpos anti-mitocondriales, [AAM]). Su asociación con otros padecimientos autoinmunes se ha descrito particularmente con distiroidismo y síndrome de Sjögren. Se desconoce la frecuencia y patrón de asociaciones en pacientes mexicanos.

Objetivo: Determinar la frecuencia de manifestaciones autoinmunes en una cohorte de pacientes adultos con diagnóstico de CBP vigilada por 10 años.

Materiales y métodos: Eestudio retrospectivo, observacional, descriptivo, longitudinal. Se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de CBP de acuerdo a criterios aceptados, derechohabientes de Centro Médico Issemym, de marzo/2003 a marzo/2013 (10 años). Se documentaron manifestaciones clínicas y diagnósticos emitidos por especialistas relacionados, tales como: Sjögren/Sicca, Raynaud, distiroidismo/tiroiditis autoinmune, escleroderma, CREST, CUCI, vitiligo, lupus eritematoso sistémico, síndrome poliglandular, enfermedad celíaca, etc.

Resultados: De 129 expedientes, 23 fueron excluidos por datos incompletos/diagnóstico erróneo y 37 expedientes no estuvieron disponibles. Se incluyeron para análisis 69 pacientes. Edad promedio al diagnóstico 50,9 años (r25-73), vigilancia promedio del grupo al momento del registro: 5,7 años. Comorbilidades no Al: HTAS 11, neumopatía 10, DM 7, IRC 5, hx de neoplasia 5 (3 sólida/2 hematológica), un caso con ATR tipo 2. Cinco pacientes con síndrome de sobre posición fueron incluidos. Al momento del diagnóstico, la media de bilirrubina fue 1,1 mg /dL (0,28-6,99), mediana de albúmina 3,7 g/dL (1,5-3,6 mg/dL), fosfatasa alcalina 445 U/L (99-1497). Sesenta y dos de 69 (89,9%) presentaron AAM positivos, 7 (10,1%) fueron negativos y confirmados mediante biopsia, 3 (4,3%) AML positivos, 52/69 (75,3%) tenían ANAs positivos. Autoinmunidad: 28/69 (40,5%) no presentaron asociaciones autoinmunes. Cuarenta y uno de 69 (59,5%) tuvieron al menos una. Tiroides: se determinó TSH en 30 y de éstos, se determinaron autoacs antitiroideos en 27, resultando positivos 26 (26/69 37,7%). Sicca/Sjögren: Sicca 8/69 (11,6%) y Sx Sjögren 26/69 (37,7%). Otras en orden descendente de frecuencia: artritis reumatoide 11/69 (15,9%); CREST 7/69 (10,1%); fenómeno de Raynaud 6/69 (8,7%); esclerodermia y vitiligo c/u 5/69 (7,2%); síndrome antifosfolípidos 4/69 (5,8%), LES (3), CUCI (2) síndrome poliglandular ai (2), hipoacusia ai (2), enfermedad celíaca (1), distrofia oculofaríngea (1), colitis microscópica (1). Por paciente 22/69 (31,8%) presentaron una enfermedad asociada, 6 /69 (8,6%) dos, 8/69 (11,5%) 3, 3/69 (4,3%) 4, 1/69(1,4%) con 5 y uno con 6. Dos pacientes (2,8%) cumplieron criterios para síndrome autoinmune múltiple.

Conclusiones: Acorde a la literatura, existe una prevalencia elevada de asociaciones autoinmunes en CBP, particularmente Sjögren y distiroidismo (30%). En nuestra cohorte existió además una elevada frecuencia de otros síndromes, particularmente relacionados con artropatía, esclerodermia/CREST. El fenómeno de Raynaud, y la artropatía pueden anteceder temporalmente a las manifestaciones floridas de otras enfermedades del tejido conectivo. La polipatología autoinmune fue frecuente. Desconocemos las implicaciones de estos hallazgos.

ID 347

Prevalencia del SNP rs738409 [II48M]/CC del gen *PNPLA-3* en pacientes con VHC y su asociación con la respuesta al tratamiento antiviral

María Sara Sixtos-Alonso, Rosalba Ávalos-Martínez, Ricardo Sandoval-Salas, Margarita Dehesa Violante, Ignacio García-Juárez, Alma Estanes Hernández, Héctor L. Velasco-Xolalpa, Aaron Domínguez-López, José Francisco Castro-Gómez y Juan Francisco Sánchez-Avila. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. ssiamx@yahoo.com.mx

Antecedentes: El gen *PNPLA-3* codifica para una proteína conocida comúnmente como Adiponutrina, la cual es considerada como un importante regulador en la disposición y almacenamiento de los ácidos grasos en los tejidos adiposo y hepático. Este gen codifica para 3 variantes polimórficas en rs738409: CC, CG y GG. El genotipo GG, se ha asociado con el desarrollo de NAFLD y NASH, así como con un mayor daño hepático. En la infección crónica por VHC, este gen también se ha asociado con mayor daño hepático progresivo y baja tasa de respuesta al tratamiento antiviral.

Objetivo: Determinar la prevalencia del SNP rs738409 G/C [I148M] *PNPLA-3* en pacientes con VHC en tratamiento con peg-IFN/RBV y su asociación con la respuesta al tratamiento antiviral.

Materiales y métodos: Se seleccionaron 90 pacientes con VHC; 75 portadores del VHC-1 y 15 portadores de VHC genotipo diferente a unip. Recibieron peg-IFN//RBV. Se determinó el genotipo del SNP rs738409 [I148M] de *PNPLA3* en DNA genómico por el método de PCR-tiempo real y curvas de disociación (PCR-TR Light-Cycler v2).

Resultados: Distribución del SNP rs738409 [I148M] del gen *PNPLA3* (Adiponutrina) en pacientes con VHC en Tx con peg-IFN/RBV (tabla 1).

Discusión: El genotipo de riesgo GG en el SNP rs738409 [I148M] *PNPLA-3*, en pacientes con VHC-1 es de baja prevalencia y aunque no hay diferencia estadísticamente significativa con los genotipo GC y CC muestran datos sugerentes de mayor daño hepático. En los portadores de GG y GC el aclaramiento del VHC fue más eficiente, a diferencia del genotipo CC, en quienes la carga viral se mantuvo estable a pesar de que mostraron datos de menor daño hepático. La tasa de RVS en este grupo fue de sólo el 28%.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el genotipo CC rs738409 [I148M] *PNPLA-3*, es el genotipo de riesgo en los pacientes con VHC-1. Por lo que se deben estudiar un mayor número de pacientes a fin de confirmar estos resultados.

Tabla 1 Resultado

	n =90 (100%)	GG n=4 (4,4%)	GC n=56 (61,7%)	CC n=31 (34%)	p <0,05
H:M		0:4	22:28	13:18	0,05
Edad (años)		54,7 ± 6,1	49,8 ± 11,2	50 ± 12,5	0,10
Peso (Kg)		58,3 ± 7,9	71,2 ± 12,8	70,8 ± 17,0	0,020
ALT (UL/L)		93 ± 48	86 ± 85	78 ± 48	0,122
AST (U/L)		104 ± 54	66 ± 45	79 ± 72	0,220
Esteatosis		2,5 [2-3]	1,2 [0-3]	1 [0-3]	0,100
Actividad		3 [0-3]	1 [0-3]	1 [0-3]	0,096
Fibrosis		3	2 [0-3]	1 [1-3]	
RVT		1,8	1,3	0,2	0,116
RVS% VHC-1		50	56	28%	

ID 349

Relación entre el patrón de consumo de alcohol y perfil linfocitario en jóvenes

Karla Zaira Medina-Ávila, Tania Álvarez-Torres, Dorothy Rosique-Oramas, Joselín Hernández-Ruiz, Norma Morales-Rochlin, Feggy Ostrosky, Adriana Díaz-Anzaldúa, David Kershenobich-Stalnikowitz y

Gabriela Gutiérrez-Reyes. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. zaitra1082@hotmail.com

Antecedentes: En México el grupo que presenta mayor consumo de bebidas alcohólicas por ocasión son los jóvenes entre 18 y 29 años. Este consumo está asociado a problemas sociales, familiares y de salud. Existen estudios en modelos animales donde se demuestra que el consumo de alcohol altera el sistema inmunológico, debido a la formación de aductos, productos derivados de la unión de proteínas con especies reactivas de oxígeno generadas durante el metabolismo del alcohol.

Objetivo: Estudiar el patrón de consumo de alcohol y el perfil linfocitario en jóvenes consumidores de alcohol.

Materiales y métodos: Se incluyeron jóvenes universitarios con consentimiento informado. Se aplicó AUDIT, CIDI y Craving, además de una encuesta acerca de su consumo de alcohol. De cada sujeto se calculó IMC y se realizaron pruebas bioquímicas e inmunofenotipo. Los individuos se clasificaron en 2 grupos: consumo riesgoso (OH) y grupo control (CT), a su vez el grupo OH se subdividió en: riesgoso (R), Abuso (A) y dependencia (D). Para el análisis estadístico se realizó ANOVA con análisis ortogonales además de correlaciones de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 252 participantes, donde el 68% de los hombres fueron OH y 43% CT. En el grupo OH al comparar con grupo CT, los promedios fueron mayores en: edad (22 vs. 21 años) ($p<0,001$), consumo alcohol/ocasión (108 g vs. 31 g) ($p<0,001$). La puntuación de Craving total para OH fue moderado mientras que para CT leve ($p<0,001$). En el perfil linfocitario encontramos diferencias en OH y CT al comparar el porcentaje de células CD45+ (81 vs. 67%) ($p<0,001$) y NKT (4,4 vs. 3%) ($p<0,01$), siendo más alto en OH. En el subgrupo D, el porcentaje de células NK y NKT fue mayor que en CT ($p<0,02$) y en los linfocitos B el porcentaje fue menor ($p<0,01$). En las demás subpoblaciones linfocitarias no hubo diferencias. En las correlaciones encontramos que a mayor AUDIT los jóvenes consumen más alcohol por ocasión, es más alto el Craving total, tienen más edad, IMC es mayor, presentan elevados los niveles de hemoglobina, GGT, AST, así como el porcentaje de células CD45+, NK y NKT.

Conclusiones: Los resultados encontrados demuestran que a mayor consumo de alcohol por ocasión hay diferencias en parámetros de conducta, bioquímicos y en células CD45+, NK, NKT y Linfocitos B, por lo que consideramos que son los primeros cambios biológicos que suceden en el consumo riesgoso de alcohol en jóvenes.

Conflicto de intereses: Este trabajo fue subsidiado parcialmente por macroproyecto UNAM SDEI-PTID06-3.

ID 350

Geoepidemiología de la cirrosis biliar primaria en el Estado de México, estudio de casos y controles. Reporte preliminar

Delia Elissa Castillejos-Martínez, María Antonia Olmos-Siliceo, Hugo Román-Ruiz y María Sarai González-Huezo. Centro Médico Issemym. Metepec, Edo. Méx., México. elissacast@hotmail.com

Antecedentes: La cirrosis biliar primaria (CBP) se considera una enfermedad autoinmune modelo, ya que cuenta con marcadores específicos de la enfermedad. Aunque la etiología exacta es desconocida, se ha descrito factores ambientales desencadenantes, como contaminantes industriales, minas y afluentes de agua.

Objetivo: Identificar geográficamente los casos de CBP en el valle de Toluca y de hepatitis autoinmune (controles) y determinar la

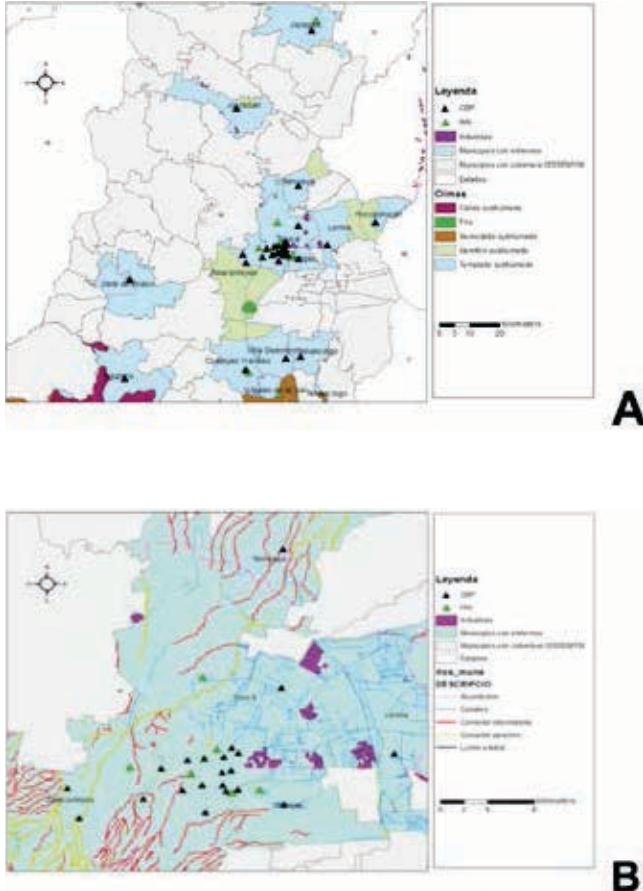
posible exposición previa y/o actual a factores ambientales y/o contaminantes en relación al desarrollo de CBP.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal de casos y controles. Se realizó una encuesta documentando ocupación y lugar de residencia (últimos 20 años) a derechohabientes con diagnóstico de CBP y hepatitis autoinmune residentes del Valle de Toluca. El análisis fue realizado con el software Quantum® GIS (Sistema de información geográfica) versión 1.8.0 para el análisis de datos georeferenciados.

Resultados: Se han incluido 28 casos de CBP (casos) y 8 casos de HAI (controles). Todas mujeres, con rango de edad 25-74 años. Dieciseis de 34 casos se localizaron en áreas urbanizadas, el resto en zona rural. Todos los casos de CBP se encontraron en municipios con clima templado subhúmedo (fig. 1). Dieciseis casos y 5 controles se localizaron a 500 m de cuerpos de agua. De los 3 corredores industriales localizados en el valle de Toluca no se identificó relación alguna con casos ni controles.

Conclusiones: Se observa aglomeración en área urbana, desconocemos si es debido a mayor acceso a Servicios médicos y subregistro en áreas rurales. Más de la mitad de CBP y HAI se encuentran en relación con cuencas de ríos, aunque la mayor parte de estas afluentes son de corriente intermitente, con menos posibilidad de contaminación. En municipios rurales, poco poblados como Coatepec Harinas, Villa Guerrero, Tenancingo y Tejupilco se registran 4 casos de CBP, estos municipios cuentan con menor densidad poblacional comparada con el norte del estado, donde no se registraron más casos proporcionales, en estos municipios mencionados, a la actividad predominante es la horticultura y de uso común pesticidas y fertilizantes. Estos resultados son preliminares, se continúa con la recolección de datos.

Figura 1 Municipios con clima templado subhúmedo.



ID 351

Esofagitis eosinofílica

Elizabeth Arce-Mojica, María del Carmen Rocío Macías-Rosales, María del Carmen Bojórquez-Ramos, Yolanda Alicia Castillo-de León, Sergio Pacheco-Sotelo, Jorge Herrera-Hernández y María Rosa Flores-Márquez. UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jal., México. elizabetharce@gmail.com

Antecedentes: La esofagitis eosinofílica se caracteriza por una inflamación crónica secundaria a un infiltrado eosinofílico a nivel de la mucosa esofágica. Predomina en personas blancas, no hispanas, y en varones con una relación de 3:1 existe una fuerte asociación con otras patologías de tipo alérgicas. El cuadro clínico es inespecífico, puede manifestarse con vómitos, dolor abdominal, disfagia e incluso algunos presentan trastornos en la alimentación.

Objetivo: Reporte de un caso con esofagitis eosinofílica y revisión de la literatura

Materiales y métodos: Diseño: reporte de caso. Lugar: UMAE Hospital de Pediatría. Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Protocolo: paciente masculino de 8 años 8 meses de edad con dermatitis atópica y antecedente de atopía en la familia. Se derivó al Servicio por ser selectivo con ciertos alimentos y afectación en el peso, estado nutrición sin afectación de la talla T/E 0,7 DE, y puntuación z de IMC -2,5 DE, D-xilosa normal, IgA e IgG anti endomisio y Ac anti transglutaminasa normales, SEG D sin alteración anatómica, pHmetría negativa a reflujo ácido, IgE específica positivo para yema de huevo y pollo, PRICK negativo. Con estos datos se indicó fórmula a base de aminoácidos y dieta de eliminación suprimiendo alimentos lácteos y derivados, pescado, mariscos, huevo, nueces, cacahuates, soya y trigo.

Se realizó endoscopia y se encontró esofagitis eritematosa no erosiva con lesiones granulares blanquecinas en todo el trayecto del esófago. El reporte histológico menciona gran infiltrado inflamatorio y presencia de eosinófilos >20 x campo de alto poder. Se inició con esteroide tópico con budesonida solución para nebulizar a dosis de 1 mg/día (2 ampulas de 0,5 mg de 2 mL cada una y se agregó 8 a 12 mL de agua con 8 sobres de sucralosa al 1,2%) cada 24 horas vía oral sin administrar ningún alimentos en los 30 minutos posteriores a la ingestión.

Resultados: A los 4 meses del tratamiento con esteroide en forma tópica, se observó mayor aceptación a los alimentos, nueva endoscopia encontrando esófago con mucosa normal y el reporte histológico fue de una esofagitis crónica leve, sin presencia de eosinófilos. Se suspendió dieta de eliminación y se retiró dieta de eliminación sin suspender esteroide tópico. A los 12 meses se realizó nueva endoscopia reportó esófago nodular leve en tercio inferior, con un reporte histológico de esofagitis crónica severa y abundantes eosinófilos, hasta 30 por campo de alto poder.

Conclusiones: La indicación de budesonide tópica en este paciente fueron los trastornos en la alimentación, afectación en el peso, la presencia de un infiltrado inflamatorio con gran cantidad de eosinófilos y riesgo de estenosis con buena respuesta mientras estuvo con dieta de eliminación y budesonide. El uso de esteroides tópicos es eficaz en el tratamiento de la esofagitis eosinofílica hasta el momento no se establece el tiempo de la terapia y número de endoscopias dependerá de la evolución clínica e histológica de los pacientes.

ID 352

Síndrome de arteria mesentérica superior. Reporte de casos

Óscar Gerardo Cantú-Rodríguez, Idalia Aracely Cura-Esquivel, Sylvia de la Rosa-Pacheco, Arturo Martínez-Ríos y Manuel de la O. Hospital Universitario "Dr. José E. González" U.A.N.L. Monterrey, N.L., México. ocanturdz85@gmail.com

Antecedentes: El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS), o síndrome de Wilkie, es un desorden adquirido, poco frecuente y de discutida existencia como entidad nosológica, cuya característica principal es la obstrucción duodenal de origen vascular y algunos autores afirman que constituye un hallazgo radiológico y que es una consecuencia de la baja de peso más que una causa *per se* y otros afirman que probablemente es más frecuente de lo descrito ya que compresiones duodenales de menor grado son de carácter oligosintomático o asintomático.

Objetivo: Describir 2 casos de síndrome de arteria mesentérica con diferente presentación y severidad.

Materiales y métodos: Caso 1: Alejandra es una adolescente de 13 años de edad. Es traída por referir pérdida de peso progresiva de 11 Kg durante los últimos 5 meses. En los últimos 2 meses inició con disfagia a sólidos, dolor retro esternal posprandial, saciedad temprana y vómitos intermitentes. A la exploración física se encontraba con aspecto caquéctico, peso: 29 Kg; talla: 1,60; IMC: 11,2 Kg/m². Edema de extremidades inferiores, signo de fóvea positivo hasta media pierna. A su ingreso se realizó una valoración integral, encontrándose en los exámenes de laboratorio la presencia de hipoalbuminemia (2,5 mg/dL) como único dato anormal. Marcadores inflamatorios y amilasa normales. Se realizó una endoscopia la cual reveló la presencia de gastroduodenitis y, ante la sospecha de un síndrome de arteria mesentérica, se solicitó un tránsito esófagogastroduodenal baritada, la cual no mostró alteraciones anatómicas. Se solicitó TAC de abdomen contrastada que evidenció la disminución del ángulo aortomesentérico (<21°) con un espacio de 0,45 cm, diagnosticándose síndrome de arteria mesentérica superior. Fue valorada por el departamento de psiquiatría infantil, quienes diagnostican anorexia nerviosa.

Caso 2: Cecilia es una adolescente de 12 años de edad quien es llevada a consulta por presentar dolor abdominal crónico de 6 meses de evolución. Refería que, posterior a episodio de gastroenteritis, inició con dolor abdominal de localización periumbilical. Su peso inicialmente era de 36 Kg. Debido a la persistencia del dolor empezó a limitar la ingesta de alimentos, tanto en calidad como en cantidad. El dolor abdominal fue persistente, agregándose con vómitos posprandiales. Ingresó con 6 meses de evolución de dolor abdominal generalizado, con un peso de 29 Kg y talla 1,45 e IMC 13,8 Kg/m². Se descartó hipertiroidismo. Se realizó una endoscopia, que reportó reflujo biliar y gastroduodenitis. Amilasa y lipasa en rangos normales. Se realizó una SEG D que mostró la presencia de estómago dilatado que se extendía hasta mesogastrio, así como una discreta dilatación de la 3° porción duodenal. El TAC de abdomen evidenció la disminución del ángulo aortomesentérico (<22°) diagnosticándose síndrome de arteria mesentérica superior. Se inició tratamiento nutricional y, a los 2 meses, presentó un incremento de 5 Kg y cese progresivo del dolor abdominal.

Conclusiones: La incidencia del síndrome de arteria mesentérica superior se desconoce, ya que constituye una entidad subdiagnosticada en pacientes crónicamente enfermos. El espectro clínico-radiológico es amplio, por tanto, su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. El tratamiento es la renutrición pero en ocasiones esta fracasa, teniendo que recurrir a la cirugía.

ID 353

Sodio e INR como predictores independientes de mortalidad temprana en hepatitis tóxica por alcohol

Mercedes Amieva-Balmori, Scherezada María Isabel Mejía-Loza, Roberto Ramos-González, Felipe Zamarripa-Dorsey, Eli García-Ruiz, Nuria Pérez-y López, Eumir Israel Juárez-Valdés y Adriana López-Luria. Hospital Juárez de México. México, D.F. mercedesamieva@hotmail.com

Antecedentes: La hepatitis tóxica por alcohol es una patología grave con alta mortalidad, por lo que es importante determinar el pronóstico de mortalidad desde el primer contacto hospitalario. Existe controversia sobre la importancia del sodio (Na) como predictor de mortalidad, algunos estudios han mostrado que una concentración sérica reducida puede tener impacto en la mortalidad. El *international normalized ratio* (INR) estandariza el tiempo de protrombina el cual ayuda a eliminar la variabilidad entre medidas es una medida útil para valorar el grado de falla hepática. En este estudio se valora al Na y al INR como medidas independientes predictoras de mortalidad.

Objetivo: Identificar en una cohorte de pacientes que cumplen criterios diagnósticos para hepatitis tóxica por alcohol, valorados por el Servicio de Gastroenterología en el Hospital Juárez de México, si los valores de sodio y de INR sirven como factores pronósticos de mortalidad al ingreso hospitalario.

Materiales y métodos: En una cohorte de 65 pacientes con hepatitis tóxica por alcohol, se realizó un estudio prospectivo de marzo del 2011 a marzo del 2013 en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México. A estos pacientes se les determinaron los valores de Na e INR a los que se les aplicaron 2 modelos de regresión logística con modelo de efectos mixtos para la variable de desenlace, muerte a 90 días.

Resultados: De un total de 65 pacientes en el 83% de los pacientes se documentó ascitis al ingreso y un 38,4% tenían hiponatremia inferior a 130, de los cuales fallecieron el 76% de estos el 40% durante la hospitalización. Aquellos pacientes con ascitis e hiponatremia fallecieron el 90%. En total el 83% de los pacientes tenía un INR arriba 1,5 de los cuales fallecieron el 50% y 21% de los pacientes tenía un INR superior a 2,5 falleciendo el 92% de estos el 42% durante la hospitalización. El promedio de hospitalización fue de 5,6 días (tabla 1).

Dentro del análisis de variables independientes para pronosticar muerte se encontró que el valor del sodio ($p=0,023$) con un valor por debajo de 130 e INR mayor de 1,5, aumentan por cada punto una vez más el riesgo de fallecer.

Conclusiones: El valor de sodio sérico al ingreso hospitalario menor de 130 mEq es un predictor de mortalidad a los 3 meses.

El aumento de un punto del INR sobre el valor de cohorte de 1,5 es por sí solo predictor de mortalidad al ingreso hospitalario.

Tabla 1 Resultados.

Variable	Punto de corte	Pacientes	Fallecieron	Muerte hospitalización
Na	<130	38,4% (25)	76% (19)	40% (8)
INR	> 1,5	83% (54)	21% (11)	20,3% (3)
INR	> 2,5	21,5% (14)	92% (12)	42,8% (5)

ID 354

En la hepatitis C crónica, la cirrosis y sus complicaciones ocurren más frecuentemente en pacientes no tratados, la diabetes disminuye sobrevida en éstos y en no respondedores. Cohorte de pacientes mexicanos

Roberto Francisco Martínez-Macías, Paula Cordero-Pérez, Francisco Manuel Martínez-Carrillo, Carlos Yuck Chen-López, Jaime Raúl Zúñiga-Noriega, Idalia Aracely Cura-Esquivel, Omar Alejandro Juárez-Rodríguez, Gabriela Alarcón-Galván y Linda Elsa Muñoz-Espinosa. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L., México. rf88_4@hotmail.com

Antecedentes: La hepatitis crónica por virus C (HCVC) tiene una alta prevalencia mundial y su incidencia sigue aumentando alarmantemente. El tratamiento antiviral (TA) detiene el deterioro clínico, pero existen pocos estudios en latinos sobre esto y menos, sobre la historia natural del virus C en los mismos.

Objetivo: Describir el efecto del TA en la sobrevida (SV) y las complicaciones a largo plazo de pacientes con HCVC en el noreste mexicano.

Materiales y métodos: Cien con HCVC vírgenes al TA seguidos por 76 meses. Sesenta femeninas, edad promedio 49 ± 12 años. Carga viral $VHC \leq 600.000 IU/mL$ en 69 pacientes. Cincuenta recibieron TA (GRx) Interferón $\alpha 2$ estándar $n=6$, más ribavirina (RBV) $n=12$, peginterferón (PEG-IFN) $\alpha 2a$ $n=2$, PEG-IFN $\alpha 2a$ o $2b$ + RBV $n=27$, IFN α natural + RBV $n=3$, seguidos 95 meses. El grupo control (GnoRx) incluyó 50 pacientes con HCVC sin TA seguidos 52 meses. Venticinco y 32 pacientes cirróticos se incluyeron en GRx, y GnoRx, respectivamente. El subanálisis de SV fue en $n=74$ (37 en cada grupo); distribución de genotipos (G): G1 $n=50$, Gno1 $n=16$, G no disponible $n=8$ y la distribución D' amico: 1&2 $n=23$ y 3-5 $n=15$.

Resultados: Al final del seguimiento 28 (76%) (mediana 82 meses) de GRx sobrevivieron vs. 27 (73%) (mediana 84 meses) de GnoRx (p NS). Las curvas de Kaplan-Meier tuvieron mejor SV cuando hubo RVS vs. no respondedores (NR) ($p=0,054$). La diabetes (DM) disminuyó la SV en GnoRx ($p<0,01$) y NR ($p<0,01$), sin impactar cuando hubo RVS ($p=0,75$). En el seguimiento del GRx vs. GnoRx apareció: cirrosis en 2/18 vs. 5/18 ($p=0,036$); Hipertensión portal (HTP) 5/26 vs. 10/26 ($p \leq 0,05$), ascitis 4/33 vs. 8/33 ($p \leq 0,05$), sangrado de tubo digestivo (STD) 7/28 vs. 3/36 ($p \leq 0,01$), respectivamente. La ascitis fue más frecuente en NR vs. RVS ($p=0,04$). En los pacientes cirróticos basales, la HTP se desarrolló antes en GnoRx 8/8 (100%) vs. GRx 2/8 (25%) ($p \leq 0,02$). Según la clasificación D' amico, la progresión de 1&2 a 3-5 en cirróticos fue (7/29) en GnoRx vs. (3/30) GRx ($p=0,06$), pero el seguimiento fue menor en el primero. No hubo diferencia en encefalopatía, carcinoma hepatocelular, PBE y síndrome hepatorenal.

Conclusiones: La cirrosis, HTP, STD y ascitis se fueron más frecuentes en pacientes con HCVC sin TA, así como la mortalidad. La DM impacta negativamente en la SV de GnoRx y NR, pero no en aquellos con RVS. Los pacientes con cirrosis basal, la HTP se desarrolla antes en el GnoRx vs. GRx. Los pacientes con NR desarrollaron ascitis más comúnmente que aquellos con RVS. Ésta es la primera cohorte reportada de mexicanos seguidos a largo plazo tras el TA.

Conflicto de intereses: Este trabajo ha sido financiado por recursos propios de la Unidad de Hígado.

ID 359

Precisión de la escala de Rockall, Blatchford, AIMS-65 y Forrest en predicción de intervención médica, días de estancia intrahospitalaria, resangrado y muerte en pacientes con úlcera péptica

Griselda Martínez-Ramírez, Adriana López-Luría, Lizeth Hernández-Flores, José Armando Carmona-Castañeda y Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. México, D.F. griserama@hotmail.com

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es una urgencia médica, entre las principales causas se encuentra la enfermedad

ulcerosa péptica, la cual se presenta hasta en el 50% de los pacientes. Se han estudiado diversas escalas que ayudan a predecir el riesgo de resangrado. Los pacientes con bajo riesgo de recidiva pueden ser egresados de forma segura. Existen sistemas de puntuación que incluyen factores de riesgo, clínicos, bioquímicos y endoscópicos que son de utilidad para predecir mortalidad, resangrado, costos y días de estancia hospitalaria. Sin embargo ninguno valora necesidad de transfusión de paquetes globulares y de tratamiento endoscópico.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar la certeza pronóstica de la escala de Rockall, Blatchford, AIMS-65 y Forrest en predicción de intervención médica (tratamiento endoscópico y transfusión de paquetes globulares), días de estancia intrahospitalaria, resangrado y muerte en pacientes con úlcera péptica.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, admitidos al Servicio de Urgencias con HDA activa por enfermedad ulcerosa, de junio 2011 a junio 2013. Para cada paciente se calculó el puntaje de las escalas de Rockall, Blatchford, AIMS-65 y estudio endoscópico. La necesidad de intervención médica fue valorada de acuerdo a la necesidad de tratamiento endoscópico y transfusión de paquetes globulares.

Resultados: De los 64 pacientes, 61% fueron hombres, 39% mujeres con una media de edad 63,1 años. El 34,3% de los pacientes recibieron tratamiento endoscópico para detener la hemorragia. El resangrado (<72 horas) se presentó en el 6,25% (4) y la muerte en el 4,6% (3). La principal manifestación clínica fue la melena en el 90,6% (150). Se realizó el análisis estadístico con el software Estadística 8, utilizando un análisis de ANOVA de Fisher de un factor para las variables de resangrado, mortalidad, días de estancia hospitalaria y paquetes globulares en las 4 escalas pronósticas. Presentando una asociación estadísticamente significativa con la escala de Rockall para resangrado ($p=0,019$). En la escala de Blatchford se observó una asociación estadísticamente significativa con mortalidad ($p=0,000494$), resangrado ($p=0,063$), días de estancia hospitalaria ($p=0,0070$) y necesidad de intervención con la administración de paquetes globulares ($p=0,0094$). Se utilizó la prueba de *ji cuadrada* para valorar la intervención terapéutica endoscópica, presentando una asociación con la escala de Forrest y necesidad de tratamiento endoscópico ($p=0,0000$).

Conclusiones: La escala de Rockall es la escala pronóstica que mejor predice el resangrado en los pacientes con HDA ulcerosa, y la escala de Blatchford es mejor en la predicción mortalidad en nuestros pacientes, y se asocia mejor con los días de estancia hospitalaria y necesidad de administración de paquetes globulares. En cambio la Clasificación de Forrest es la única que predice la necesidad de intervención endoscópica en nuestra muestra. El AIMS65 no fue estadísticamente significativo con ninguna variable.

ID 360

Epidemiología y características clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en niños en el bajío de México

Leticia Rodríguez-Ocón, Mariana Gómez-Nájera. IMSS CMN del Bajío UMAE N° 48. León, Gto., México. dralerocon@live.com.mx

Antecedentes: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende dos entidades. La colitis Ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC). La prevalencia e incidencia de estas entidades clínicas varía ampliamente en función de etnicidad y la localización geográfica. La EII es cada vez más diagnosticada en la población pediátrica en nuestro medio. Históricamente se ha considerado como una enfermedad rara en México. La EII puede presentarse a cualquier edad, la mayoría de los casos en la segunda o 3ª década de la vida y sólo un 4% antes de los 5 años de vida. En

los niños la EC es más frecuente en los varones (1,5:1) y no hay diferencia de sexo en la CUCI.

Objetivo: Determinar la frecuencia de nuevos casos de EI, edad de inicio y sus características clínicas en un hospital de 3° nivel del bajío en México.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo, en forma retrospectiva, que incluyó a los pacientes evaluados y diagnosticados con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en un periodo de 5 años, en población pediátrica.

Resultados: Se reportan 23 casos en 5 años, 14 hombres y 9 mujeres. Dieciocho casos corresponden a colitis ulcerativa y 5 para enfermedad de Crohn. El 39,1% de los casos se presentó en menores de 5 años, 17,3% de 6 a 10 años, 43,4% en mayores de 11 años. El 56,6% ha tenido buena respuesta en mantenimiento con mesalazina y 43,4% de los pacientes se han considerado corticorrefractario o corticodependiente, entre ellos se incluyen aquellos con EC. El 8,6% (2 pacientes) han requerido de terapia biológica en la adolescencia con buena respuesta.

Conclusiones: La incidencia de la EI ha incrementado en nuestro medio observando mayor frecuencia en menores de 10 años de edad y un incremento en el sexo masculino. Se observa asimismo un incremento en pacientes corticorrefractarios o corticodependientes por diferentes causas requiriendo de medicamentos inmunomoduladores con buena respuesta y de terapia biológica, en aquellos con enfermedad de Crohn.

ID 362

Experiencia en el manejo de ascitis secundaria a hipertensión porta y ascitis refractaria a diuréticos en pacientes pediátricos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

María Penélope Ortal-Vite, Alejandra Consuelo Sánchez, Lilliana Beatriz Worona-Dibner y Rodrigo Vázquez-Frías. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". México, D.F. penelope_ov@hotmail.com

Introducción: La ascitis secundaria a hipertensión porta (HTP), está condicionada por una vasodilatación sistémica que genera una hipovolemia efectiva, hiperaldosteronismo, liberación de hormona anti-diurética con reabsorción de agua y expansión del volumen plasmático e incremento de la presión hidrostática esplácnica. El manejo de ascitis, en pacientes pediátricos está basado, aunque con poco nivel de evidencia, en un consenso de expertos que sigue una serie de pasos: restricción de sodio, diuréticos, restricción hídrica, infusión de albúmina al 25% (1 g/Kg/día), seguida de furosemida a 1 mg/Kg/día y finalmente paracentesis evacuadora, monitorizando de forma continua los principales efectos adversos asociados, con la meta de perder entre 0,5%-1% del peso corporal. A pesar de estas recomendaciones no hay un manejo uniforme de la HTP en pacientes pediátricos. El objetivo del estudio es conocer el manejo que se da actualmente a la ascitis secundaria a HTP, así como la frecuencia de ascitis refractaria a tratamiento diurético en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (HIMFG), Instituto Nacional de Salud de 3° nivel de atención.

Materiales y métodos: Serie de casos, observacional, descriptivo, prolectivo. Se incluyeron pacientes pediátricos con diagnóstico de ascitis secundaria a HTP, hospitalizados en HIMFG en el periodo de junio del 2012 a mayo del 2013.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con ascitis secundaria a hipertensión porta, con una edad entre 5 meses y 11 años. El 80% fue del sexo femenino. El diagnóstico de base más frecuente fue a3ia de vías biliares (93%). En cuanto al manejo de la ascitis, solamente a 3 pacientes se les había dado la recomendación de restricción de sodio de forma ambulatoria. Inicialmente a su hospitalización, no fue posible restringir el sodio a 6 pacientes, dadas sus

condiciones de inestabilidad hemodinámica. A pesar de la recomendación de restricción de sodio, solo se efectuó en 9 pacientes, de los cuales 8 respondieron adecuadamente al manejo diurético, mientras que ninguno de los 6 pacientes sin restricción de sodio, respondió al manejo diurético ($p < 0,008$). Trece pacientes recibieron desde el inicio del tratamiento, restricción de sodio y diuréticos. Solo un paciente tuvo restricción hídrica y 8 recibieron infusión de albúmina, sin embargo ninguno de ellos cumplía criterios de ascitis refractaria.

Conclusiones: La mejor respuesta a diuréticos solo se vió al restringir de forma adecuada el sodio enteral y/o parenteral. La ascitis refractaria es poco frecuente y es una condición sobreestimada en nuestra institución.

ID 364

Tumor del estroma gastrointestinal en colon presentación atípica. Reporte de un caso

Concepción Angelina García-Esteves, Antonio Manrique-Martín, Miguel Ángel Chávez-García, Nora Noemí Hernández-Velázquez, Alfaro Nicolás Santiago Gómez-Peña, Héctor Espino-Cortés, Jaime Alberto González-Angulo, Ernesto Pérez-Valle, Teófilo Pérez-Corona, José Antonio León-Alcántar y Roberto Carlos Rebollar-González. Hospital Juárez de México. México, D.F. dra.garciae@hotmail.com

Antecedentes: Los tumores del estroma gastrointestinal (TEGI) son de origen mesenquimal comprendiendo el 1% de todos los tumores GI. Son benignos del 70 a 80%. Expresan CD117, CD34, actina de músculo liso, S-100 y desmina, marcadores útiles en el diagnóstico diferencial de tumores de músculo liso y tumores de origen neurogénico. La mayoría (60% a 70%) se encuentran en el estómago, 25% a 35% se encuentran en el intestino delgado, 5% en el colon y recto, y 2%-3% en el esófago. Se consideran de alto riesgo de malignidad aquellos tumores mayores de 5 cm, con un índice mitótico mayor de 5 en 50 campos en alto poder, con una alta celularidad, presencia de necrosis y bordes infiltrantes.

Objetivo: Tumor del estroma gastrointestinal en colon presentación atípica. Reporte de un caso.

Materiales y métodos: Paciente femenina de 40 años de edad. Paciente soltera, religión católica, escolaridad secundaria completa, sin antecedentes heredofamiliares de importancia. Antecedentes personales no patológicos negados. Niega enfermedades crónico-degenerativas. Su padecimiento inicia en el 2013 hace 5 meses con dolor en flanco derecho, clasificado 6/10 en la escala analógica del dolor, fiebre, escalofríos, sudoración, pérdida ponderal 10 Kg, se realiza USG el cual reporta tumoración probable de colon vs. retroperitoneo. Colonoscopia observándose colon ascendente con lesión elevada multilobulada que ocupa el 80% de la circunferencia, mucosa de aspecto engrosado, ulcerado, friable, con distensibilidad alterada a la toma de biopsia, múltiples lesiones excavadas superficiales, amorfas, cubiertas de fibrina, reporte histopatológico tumor de estroma gastrointestinal. Tomografía contrastada evidenciando tumoración dependiente de ciego y colon ascendente y ángulo hepático de colon trasverso que estenosa su luz. Se ingresada al Servicio de Oncología para nutrición preoperatoria y programación quirúrgica. Evoluciona con sangrado de tubo digestivo bajo y datos de oclusión intestinal, se realiza intervención quirúrgica con diagnóstico posoperatorio de tumor de estroma gastrointestinal dependiente de colon ascendente con intususcepción a transverso, realizándose hemicolectomía derecha, ileo transverso anastomosis.

Resultados: Actualmente la paciente se encuentra asintomática, fue enviado a la Consulta Externa de oncología para seguimiento.

Conclusión: La característica clínica más frecuente en los pacientes con GIST gástrico es la hemorragia digestiva 40%-66% de los casos, la frecuencia de hemorragia aumenta a medida que el tumor

umenta de tamaño y se úlcera, en colon e intestino delgado es la presencia de masa tumoral.

ID 365

Precisión de la escala AIMS65 en predicción de intervención médica, días de estancia intrahospitalaria y mortalidad temprana en sangrado de tubo digestivo alto

Adriana López-Luría, Griselda Martínez, Eumir Juárez, Mercedes Amieva-Balmori, José Armando Carmona-Castañeda, Lizeth Hernández-Flores y Felipe Zamarripa-Dorsey. Servicio Gastroenterología Hospital Juárez de México. México, D.F. luz_luria@hotmail.com

Introducción: La escala AIMS65 ha sido validada como una escala pronóstica de mortalidad intrahospitalaria, días de estancia en el nosocomio y costos hospitalarios. Toma en cuenta parámetros clínicos y bioquímicos de fácil accesibilidad (albúmina sérica <3 g/dL, INR > 1,5, alteración del estado mental, presión arterial sistólica <90 mmHg y edad >65 años). Hay diferentes estudios que validan su certeza en mortalidad intrahospitalaria, pero no así en la necesidad de intervención médica (transfusión de paquetes globulares y tratamiento endoscópico), y días de estancia intrahospitalaria. El objetivo de este estudio fue determinar la certeza pronóstica de la escala AIMS65 a corto plazo en la necesidad de intervención temprana y mortalidad intrahospitalaria.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes de 18 años o más de edad, admitidos en el Servicio de Urgencias por sangrado de tubo digestivo alto de junio de 2011 a junio de 2013. Para cada paciente se calculó el puntaje en la escala AIMS-65. El estado mental se valoró con la escala de coma de Glasgow. La causa de muerte intrahospitalaria se valoró en función a su relación con el evento de sangrado. Se definió la intervención médica como la necesidad de transfusión de paquetes globulares o si requirió tratamiento endoscópico para controlar el sangrado.

Resultados: Se identificaron un total de 195 pacientes con una media de edad de 56,9 años, de los cuáles 58 (29,74%) eran adultos mayores de 65 años de edad. Ciento treinta y cuatro (68,71%) fueron del sexo masculino. Un total de 8 (4,1%) pacientes fallecieron durante la hospitalización. La causa de la muerte relacionada a sangrado fue del 37,5% y el resto secundaria a otras causas, principalmente infecciones nosocomiales. El resangrado (<72 horas) se presentó en 13 pacientes (6,66%). Ciento cincuenta y 4 pacientes (78,9%) requirieron algún tipo de intervención médica (94 - tratamiento endoscópico, 130 - trasfusión de paquetes globulares y 69 - ambas terapias). El 45% de los pacientes presentaron sangrado variceal. Se utilizó el software de Estadística 8 para valorar resultados. Mediante un análisis de varianza ANOVA de Fisher se comprobó que a mayor puntaje en la escala, existían mayores DEIH ($p=0,05$), por una prueba de correlación de Pearson se observó que la presencia de resangrado se presentaba a mayor puntaje ($p=0,04$). Se utilizó *ji cuadrada* para valorar la relación entre el número de paquetes globulares y el puntaje de la escala lo cual fue no significativo ($p=1,1$), la mortalidad ($p=0,03$) y la necesidad de tratamiento endoscópico ($p=0,03$), siendo estos últimos estadísticamente significativos. La media de AIMS65 fue de 1,21 puntos.

Conclusiones: La escala AIMS65 es eficaz para la predicción de mortalidad y días de estancia intrahospitalaria como ya se ha estudiado previamente, pero también predice el resangrado y la necesidad de tratamiento endoscópico, no así de la transfusión de paquetes globulares.

ID 366

Trasplante de microbiota fecal. Reporte de 3 casos

Jorge González-Altamirano, Héctor Jesús Maldonado-Garza, Francisco Javier Bosques-Padilla y Elvira Garza-González. Hospital Universitario "José Eleuterio González" Monterrey, N.L., México beatglz127@hotmail.com

Antecedentes: La incidencia y severidad de la infección por *Clostridium difficile* (ICD) ha aumentado en los últimos 20 años debido a nuevas cepas hipervirulentas, el aumento en el uso de antibióticos y al incremento de poblaciones de alto riesgo. El trasplante de microbiota fecal (TMF) es una terapia alternativa para la ICD con éxitos terapéuticos demostrados en más del 90% de los casos en diversos centros.

Objetivo: Presentar los casos con ICD sometidos a TMF llevados a cabo en nuestro hospital.

Materiales y métodos: Toxinas A y B para clostridium, endoscopia, biometría hemática, química sanguínea, coprológico, Ags-VHB, anti-VHC, anti-VIH.

Resultados: En el periodo de abril del 2013 a julio del 2013 realizamos 3 TMF en 2 pacientes de 72 años y uno de 65 años. Los 3 pacientes eran portadores de enfermedades como hipertensión, diabetes, insuficiencia renal crónica o cardiopatía isquémica. Todos contaban con historia de hospitalizaciones previas y uso de antibióticos. Presentaron un cuadro de diarrea inflamatoria con toxinas A y B positivas para clostridium, a 2 de ellos se les realizó una rectosigmoidoscopia donde se observaron pseudomembranas. Dos presentaban un cuadro de ICD grave y uno de ellos un cuadro grave complicado con un ATLAS de 4, 3 y 5. Las indicaciones para realizar el TMF en 2 de ellos fue recurrencia y en otro la no respuesta al tratamiento convencional. Previo al TMF presentaban evacuaciones Bristol 7, 2 de ellos con dolor abdominal e incontinencia fecal. Recibieron antibióticos por 4, 10 y 12 días previos a recibir el TMF. En las 24 horas posteriores a la suspensión de antibióticos a los pacientes se les preparó con 440 g de polietilenglicol y a las 48 horas se realizó el TMF. Los 3 pacientes recibieron el TMF por sonda nasoyeyunal, a uno de ellos se avanzó la sonda con endoscopia. Dos de los pacientes recibieron la donación de heces de una de sus hijas y el 3° paciente de su esposa. A los donantes se les realizaron exámenes generales de laboratorio, perfil viral para Ags-VHB, anti-VHC y anti-VIH y exámenes de heces. En general no pasaron más de 6 horas entre la recolección de la muestra del donante, su preparación y la aplicación al enfermo. Los resultados a las 48 horas fueron favorables, los 3 pacientes trasplantados presentaron mejoría en el número y características de las evacuaciones, cambiando a un Bristol 3 a 4 con una frecuencia de una evacuación al día; también cesó el dolor abdominal. Dos de los pacientes egresaron por mejoría y el 3° falleció por problemas cardiovasculares.

Conclusiones: La ICD se observa cada vez con mayor frecuencia y se asocia con una mayor morbimortalidad y un mayor costo a los servicios de salud. Se han aislado cepas virulentas que tienen mayor resistencia al tratamiento convencional. El tratamiento quirúrgico se asocia a una mortalidad del 41%. Los nuevos antibióticos son costosos y de difícil acceso. Los estudios que evalúan el TMF han reportado éxitos terapéuticos en más del 90% de los casos. Actualmente las guías clínicas recomiendan considerar el TMF en la 3° recaída. El TMF ha demostrado ser una opción terapéutica efectiva y con pocos efectos adversos; consideramos que puede ser una buena opción de tratamiento desde la primera recaída, en pacientes gravemente enfermos o en los no respondedores. Se requieren estudios con un número mayor de pacientes.

ID 368

Hemocromatosis neonatal, como causa de síndrome colestásico y falla hepática en paciente con síndrome de Down

Vanessa Ivonne Orellana-Villazón, Enory Almanza. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSTE. México, D.F. elbafeni@gmail.com

Introducción: El síndrome de Down no se asocia a patologías hepáticas, aunque se ha descrito una disfunción hepática atribuida a un trastorno mieloproliferativo transitorio, debido a la presencia de infiltración hepática, por elementos hematopoyéticos, asociada con hemosiderosis. A pesar de que la hemocromatosis neonatal es una de las causas más frecuentes de falla hepática en la edad neonatal, se considera una causa muy rara de falla hepática en niños con síndrome de Down, asociación que ha sido descrita sólo en 10 casos reportados en la literatura.

Objetivo: En la literatura mexicana no se ha descrito esta asociación, por lo que a continuación se describe un reporte de caso de un paciente con síndrome de Down y hemocromatosis neonatal.

Caso clínico: Paciente de 37 días de vida que se transfiere a nuestro centro médico al Servicio de Gastroenterología pediátrica por la presencia de hiperbilirrubinemia directa, y hepatoesplenomegalia, entre sus antecedentes de importancia se refiere madre de 43 años de edad, con historia de 2 abortos previos. Se trata del producto del 5 embarazo, obtenido por cesárea (3° cesárea) valorado con APGAR 3,5 sin repercusión gasométrica, silverman 0/2. Requiere manejo con ventilación mecánica durante 48 horas. Se describe con fenotipo de síndrome de Down. Soplo cardíaco a los 5 días de vida, encontrándose en ecocardiograma con canal AV tipo 1 de rastelli, por lo que se inicia tratamiento con espirolactona y furosemide. A su ingreso a nuestro Servicio, se inicia abordaje diagnóstico de síndrome colestásico, se solicita laboratorios de control, se constata presencia BT 10,5, BD 8,2, ALT 203, AST 446, FA 218, DHL 682. Se solicita USG hepático, que reporta hepatomegalia a expensas de lóbulo hepático izquierdo y aumento de tamaño de rama izquierda de vena porta intrahepática, Gamagrafía hepatobiliar compatible con atresia de vías biliares, USG renal sin alteraciones. Perfil tiroideo, perfil TORCH, perfil viral (hepatitis B, C Y VIH), tamiz metabólico ampliado, fueron normales. Entre otros estudios se encontró AFP altamente incrementada. Se toma biopsia hepática, durante la cual presenta paro cardiorrespiratorio e ingresa al Servicio de UTIP, recibe apoyo hemodinámico y ventilatorio con deterioro progresivo de la función hepática, con hipoalbuminemia, alteraciones del perfil de coagulación, edema, ascitis, e incremento de la hiperbilirrubinemia directa. El resultado de la biopsia reportó datos compatibles con hemocromatosis neonatal. Finalmente fallece 10 días después.

Conclusiones: Este caso destaca la hemocromatosis como causa de falla hepática en pacientes con trisomía 21, aunque son pocos los casos descritos y es una enfermedad rara, es la causa más común de insuficiencia hepática neonatal y debe ser parte de los diagnósticos diferenciales de cualquier recién nacido que presentan insuficiencia hepática. El reconocimiento precoz de NH puede mejorar la supervivencia mediante la derivación temprana para el trasplante de hígado. El diagnóstico de NH también tiene implicaciones para la recurrencia en los embarazos futuros.

ID 369

Histiocitosis de células de Langerhans y revisión de la literatura. Reporte de un caso

Analizeth Carrillo-Mendoza, Yolanda Alicia Castillo-de León, María del Carmen Bojórquez-Ramos, Rocío Macías-Rosales, José de Jesús Vargas, Jorge Herrera-Hernández, María Rosa Flores-Márquez y Roberto Garibaldi-Covarrubias. Instituto Mexicano del Seguro Social, CMNO UMAE Pediatría. Guadalajara, Jal., México. analizeth_carrillo@hotmail.com

Antecedentes: La histiocitosis de células de Langerhans se caracteriza por la proliferación de células del sistema mononuclear fagocítico

(SMF) en diferentes órganos y sistemas. Suele tratarse de lactantes o niños menores de 3 años que presentan un cuadro de afectación general, asociado a signos de la infiltración difusa del SMF: adenopatías, hepatoesplenomegalia, infiltración de la médula ósea. Es habitual la existencia de múltiples lesiones óseas, líticas y diabetes insípida, es frecuente la afectación pulmonar y los signos de inmunodeficiencia con infecciones de repetición. En la piel debuta con mínimas lesiones papulares, pseudovesiculares; predilección por afectar áreas seborreica. El cuadro clínico generalmente es muy orientativo, sin embargo el diagnóstico debe de corroborarse por el estudio histopatológico de las lesiones, tanto cutáneas como sistémicas. Los pacientes que presentan una afectación más extensa de la enfermedad precisan tratamiento con quimioterapia.

Objetivo: Reportar un caso y revisar la literatura.

Materiales y métodos: Masculino que a los 3 años de edad inicia con ictericia, dolor y distensión abdominal a expensas de hepatomegalia, poliuria, polidipsia, adenopatías submaxilares, fiebre. Se inicia abordaje en su HGZ tomando biopsia hepática reportando hepatitis colestásica crónica y aguda, granulomatosa con componente eosinófilico y con fibrosis periportal inespecífica de probable etiología infecciosa, aislándose IgM positivo para Citomegalovirus, manejo con terapia antiviral, sin mejoría por lo que se envía a nuestra Unidad.

Resultados: Se realizó abordaje solicitando resonancia magnética de cráneo encontrándose tumoración aparentemente granulomatosa a nivel de hipófisis, posteriormente se decide manejo por parte de endocrinología con desmopresina nasal; tomografía toracoabdominal con múltiples adenopatías de predominio abdominal, así como bulas subpleurales; revisión de laminillas de biopsia hepática reportándose proceso granulomatoso, negativo a tinciones de Ziehl-Neelsen, altamente sugestivo de etiología infecciosa. Inicialmente se solicita serologías para virus hepatotropos mayores, atípicos, *M. tuberculosis* y perfil TORCH, sin resultados positivos. Al no encontrar etiología se decide ampliar protocolo de estudio, en relación a etiología metabólica se solicita ceruloplasmina, alfa-1 antitripsina, tamiz metabólico, enzima convertidora de angiotensina sin reportar valores alterados, también se solicita perfil tiroideo con datos sugestivos de hipotiroidismo por lo que se inicia manejo con levotiroxina. En busca de etiología inmune se reporta anti-LKM1, anti-DNA, acs anti-músculo liso, reducción de nitroazultetrasolio, marcadores monoclonales, índice fagocítico de digestión, actividad de mieloperoxidasa, proliferación linfocitaria, y quimiluminiscencia normales. Al no definir diagnóstico del paciente se decide someter a biopsia de ganglio cervical en el cual fue positivo PCR para *M. tuberculosis*, posterior a ello se decide realizar biopsia de glándula salival siendo positiva para la proteína CD1A, concluyéndose histiocitosis de células de langerhans.

Conclusiones: Reconocer la histiocitosis de células de langerhans en el contexto de enfermedad hepática, ya que la detección y tratamiento oportuno pueden mejorar su pronóstico, asimismo reconocer la dificultad diagnóstica de este tipo de patología en etapa temprana.

ID 372

Prevalencia y tipo de lesiones hepáticas diagnosticadas por imagen y su correlación con biopsia hepática

Ana Merced Ruiz-Zavala, Jacqueline Córdova-Gallardo, Guadalupe Guerrero y Eduardo Pérez-Torres. Hospital General de México. México, D.F. anameruza@gmail.com

Introducción: Los tumores hepáticos se identifican a menudo mediante ultrasonido (USG), tomografía cuadrifásica (TC). El carcinoma hepatocelular (CH) es la neoplasia hepática maligna más frecuente en pacientes cirróticos mientras que en pacientes no

cirróticos son las metástasis. La tomografía trifásica brinda información sobre la vascularización del tumor en la fase arterial hepática, venosa portal y venosa hepática.

Objetivo: Describir la prevalencia y el tipo de lesiones hepáticas que se diagnostican por imagen radiológica por biopsia y su correlación con la biopsia hepática.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Se analizaron 44 resultados de biopsias hepáticas realizadas desde enero del 2010 a marzo del 2013 y su imagen radiológica correspondiente. Se registró el tamaño, número de lesiones por USG, TC o RM. Se utilizó estadística descriptiva, las variables cuantitativas se expresan como promedio y desviación estándar (DE) y las cualitativas como proporción y porcentaje.

Resultados: Los tumores hepáticos más frecuentes fueron adenocarcinoma metastásico $n=23$ (52%) y hepatocarcinoma $n=11$ (25%), otros $n=10$ (23%). La edad promedio de presentación fue 53 años. Predominio del sexo femenino $n=23$ (52). En CH predominaron las lesiones múltiples $n=6$ (54%) al igual que en adenocarcinoma $n=15$ (65%). La modalidad de estudio predominante fue TC trifásica $n=25$ (57%), USG Doppler hepático (41%) y RM (2%). La tomografía trifásica diagnosticó el 87,5% de los casos de CH corroborado mediante biopsia y sólo el 54% de adenocarcinoma metastásico.

Conclusión: El diagnóstico de hepatocarcinoma fue certero mediante tomografía cuadrifásica sin embargo se sobrediagnosticó en adenocarcinoma, probablemente por el tamaño de la lesión, por presentarse como lesiones únicas, hipervasculares o por su reforzamiento periférico en fase arterial, confundiendo con el fenómeno de "wash in-wash out". Es importante la adecuada realización de tomografía cuadrifásica para el diagnóstico certero de lesiones hepáticas, especialmente hepatocarcinoma.

ID 374

Niveles séricos del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) como seguimiento bioquímico a la terapia biológica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Juan Manuel Gómez-Urrutia, Jesús Gerardo López-Gómez, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Miriam Gabriela Reyes-Zermeño, Tomás Cortés-Espinosa, Lol-Be Pinzon-Te, Fabiola Maeli González-Ortiz, Boris Ariel Hernández, Alberto Coronado-Terrazas, Elizabeth Buganza y Armando Alonso Martínez. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSTE. México, D.F. gougj1920@gmail.com

Antecedentes: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un proceso inmunoinflamatorio crónico en respuesta a un estímulo aún no bien establecido que desencadena una cascada de activación de mediadores celulares, con la consiguiente aparición de lesión tisular. Uno de los mediadores proinflamatorios más importantes reconocidos en el desarrollo de la enfermedad es el factor de necrosis tumoral α (TNF- α). El uso de sustancias que antagonizan el TNF- α , como los anticuerpos monoclonales infliximab y adalimumab, por lo que diversos estudios han demostrado que la inhibición de TNF- α es eficaz en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, sin embargo no existen muchos estudios de la relación existente entre la terapia biológica y la reducción de niveles de TNF- α sérica.

Objetivo: Determinar los niveles séricos de TNF- α como respuesta a la terapia biológica en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. **Materiales y métodos:** Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a 34 pacientes con diagnóstico de EII pertenecientes a la Clínica de EII del CMN "20 de Noviembre", los cuales fueron tratados con terapia biológica (infliximab o adalimumab), determinando los niveles séricos de TNF- α antes del inicio de manejo y 12 semanas posteriores al inicio del mismo.

Resultados: Se estudiaron un total de 34 pacientes con diagnóstico de EII, de los cuales 23 eran portadores de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 11 de enfermedad de Crohn. En los pacientes con CUCI los niveles séricos de TNF- α previo al inicio de terapia biológica oscilaron de 16 a 1.002 pg/mL, con una media de 422 pg/dL, en 19 de estos pacientes se observó una disminución de los niveles séricos de TNF- α a las 12 semanas de inicio de la terapia biológica con una media de 76,55 pg/dL ($p=0,03$), sólo en 4 pacientes se observó un aumento en los niveles séricos de TNF- α ($p=0,17$). En los pacientes con enfermedad de Crohn los niveles séricos de TNF- α antes del inicio de tratamiento oscilaron de 14,3 a 2018 pg/dL, con una media de 872 pg/dL, se observó a las 12 semanas posterior al tratamiento una disminución de los niveles séricos de TNF- α en 6 pacientes con una media de 364 pg/dL ($p=0,04$), 5 pacientes mostraron incremento en los niveles séricos de TNF- α ($p=0,21$).

Conclusiones: En los pacientes con CUCI y enfermedad de Crohn se observó una disminución bioquímica de TNF- α estadísticamente significativa del TNF- α 12 semanas posterior al inicio de la terapia biológica, aunque en Enfermedad de Crohn se presentó solo en el 55% de los casos, los niveles séricos de TNF- α pueden ser de utilidad como respuesta bioquímica.

ID 375

Complicaciones respiratorias de la acalasia. Reporte de un caso

Johana Pérez-Baldiodeda, Helena Martínez-López, José Isidro Mineiro-Alfaro, Eira Cerda-Reyes y Victoria Rebollo-Hurtado. Hospital Central Militar. México, D.F. jpb2206@hotmail.com

Antecedentes: La neumonitis química por aspiración forma parte de los síndromes pulmonares que pueden presentarse después de la aspiración de algún material sólido o líquido, dentro de las principales causas de neumonitis por aspiración se encuentran los trastornos esofágicos (reflujo gastroduodenal-acalasia)

Caso clínico: Femenina de 18 años de edad sin comorbilidades previas, antecedente de tos crónica de >1 año de evolución, pérdida de peso >23 Kg en 9 meses manejada como asma por Neumología. Ingresó por cuadro de tos crónica con expectoración blanquecina, en la hospitalización refirió disfagia a sólido y líquidos. Estudios de laboratorio y gabinete: leucocitos 12.530, hemoglobina 12,20 g/dL, plaquetas 313.000, neutrófilos 83,4%, TP 12,3 seg, TTP 27,40 seg, INR 1,15, glucosa 93 mg/dL, urea 32,1 mg/dL, BUN 15 mg/dL, creatinina 0,70 mg/dL, BT 0,20 g/dL, BD 0,05 mg/dL, BI 0,15 mg/dL, ALT 34 U/L, AST 56U/L, sodio 1.402 mmol/L, cloro 99 mmol/L, potasio 3,5 mmol/L. Inicia su abordaje como neumatología intersticial a estudio. Se realizó broncoscopia y aspirado bronquial: sin bacterias; BARR negativo, KOH sin levaduras, citopatológico de aspirado bronquial: hiperplasia reactiva con leucocitos y polimorfonucleares y macrófagos tinción de BAAR y grocott negativos, complementos C3 C4 normales marcadores tumorales negativos. TAC de tórax revela zonas de consolidación con atelectasia y dilatación esofágica importante, por lo que se realiza panendoscopia que reporta: probable acalasia, presencia de gastropatía erosiva leve de fondo cuerpo y nodular del antro, por disfagia a sólidos y líquidos se realizó manometría esofágica de alta resolución diagnosticándose acalasia tipo II se decide la realización de cardiomiectomía de Heller llevándose a cabo sin complicaciones. Fue manejada con inhibidor de bomba de protones y diltiazem vía oral. La paciente fue egresada con inhibidores de la bomba de protones, citoprotectores. Corroborándose buena respuesta clínica sin disfagia y sin datos de dolor en región retroesternal, con seguimiento en la Consulta Externa de Gastroenterología 2 semanas luego de su egreso, asintomática en la última cita de control 9 semanas después.

Discusión: La acalasia es un raro trastorno de la motilidad esofágica de causa desconocida con incidencia de uno por cada 100.000

habitantes se presenta entre los 30-60 años afecta a ambos sexos y su diagnóstico se base en la manometría esofágica que muestra 4 trastornos: cuerpo esofágico aperistáltico, unión esofagogástrica hipertensa, relajación incompleta del esfínter esofágico inferior y presurización del cuerpo esofágico, en esta paciente se descartó toda causa de afectación pulmonar, con diagnóstico clínico en abordaje de la disfagia a sólidos y líquidos y el hallazgo de una probable acalasia por endoscopia, la pobre respuesta al tratamiento convencional de su patología de base (asma) nos hizo la sospecha de neumonitis por aspiración corroborándose diagnóstico con manometría, presentando mejoría como manejo de la acalasia tipo II con cardiomiectomía tipo Heller más funduplicatura.

ID 377

Trasplante de microbiota fecal en infección recurrente por *Clostridium difficile*: reporte de caso

Francisco Daniel Briseño-García, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. danielbrisen@yahoo.com

Resumen: Durante los últimos 15 años, la infección por *Clostridium difficile* se ha convertido en una epidemia y continúa en incremento su incidencia, morbilidad, y mortalidad en comparación con las últimas décadas. Conforme continúa creciendo la epidemia de *C. difficile*, el número de tratamientos fallidos y de pacientes que experimentan recaídas o recurrencias también va en incremento. Debido a la gran tasa de fallas al tratamiento antibiótico y en particular en las infecciones recurrentes por *C. difficile*, se han explorado tratamientos alternativos para aquellos en donde la terapia antibiótica tradicional ha fallado. El trasplante de microbiota fecal (TMF) es una estrategia que restaura la diversidad de la microflora intestinal, y se han documentado mayores tasas de éxito ($\geq 90\%$) en las infecciones recurrentes por *C. difficile* en comparación con otras terapias.

Objetivo: Describir la primera experiencia exitosa de TMF por vía colonoscópica, en un paciente con infección recurrente por *C. difficile*.

Material y métodos: Paciente de 63 años de edad, de sexo femenino, con diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica terminal en diálisis peritoneal, cardiopatía hipertensiva e isquémica, antecedente de tuberculosis latente tratado con isoniácida, y con historia de 3 episodios de infección por *C. difficile*. Es hospitalizada para recibir tratamiento antibiótico por sepsis abdominal secundaria a colección subhepática, sin embargo durante su hospitalización se documenta nuevo episodio de infección por *C. difficile*. Por cuarto cuadro infeccioso recurrente de *C. difficile*, se realiza TMF vía colonoscópica, administrando el preparado desde ciego a ámpula rectal, sin presentar complicaciones durante el procedimiento.

Resultados: La paciente no presentó evacuaciones durante las primeras 24 horas posteriores al trasplante, permaneció en hospitalización con mejoría del hábito intestinal y sin presencia de evacuaciones diarreicas. Terminó tratamiento antibiótico exitosamente para posteriormente ser egresada.

Conclusiones: El TMF vía colonoscópica es una vía efectiva y segura para el tratamiento de infección recurrente de *C. difficile*.

ID 378

Eficacia de adalimumab en tratamiento de inducción en colitis ulcerativa

Adriana López-Luría, Griselda Martínez, Eumir Juárez, Mercedes Amieva, José Armando Carmona-Castañeda, Lizeth Hernández-

Flores y Felipe Zamarripa-Dorsey. Servicio Gastroenterología Hospital Juárez de México. México, D.F. luz_luria@hotmail.com

Introducción: La terapia biológica ha revolucionado el tratamiento de la EI. El objetivo terapéutico está encaminado a disminuir el tratamiento múltiple, los efectos adversos, llevar a la inducción en menor tiempo, mantener la remisión por periodos prolongados, espaciar las hospitalizaciones y evitar procedimientos quirúrgicos. Sigue existiendo una necesidad de nuevas alternativas terapéuticas, ya que los pacientes pueden no responder a los tratamientos actuales, o desarrollar toxicidades limitantes del tratamiento. Eficacia y seguridad de adalimumab (ADA) para inducción y mantenimiento de la remisión en pacientes con CU con actividad moderada y severa fue demostrada en los estudios ultra. El objetivo del trabajo fue valorar la eficacia de la terapia con ADA en la inducción a la remisión clínica (definida por la escala de Mayo, EM) en pacientes con CU a la semana 8 del tratamiento.

Material y métodos: Se incluyeron 6 pacientes con diagnóstico de CU con extensión de enfermedad de cualquier tipo. Quien cursaban con enfermedad clínicamente activa graduada por EM (6-12 puntos) y por un *subscore* endoscópico de 2-3 puntos, que fallaron a la terapia con esteroides o inmunosupresores en un periodo de > 4 semanas. Se administró tratamiento de inducción con ADA a dosis de 160/80 mg, 0/2 sem; 40 mg cada 14 días desde la semana 4. Se eligieron pacientes vírgenes a terapia biológica. Se valoró la respuesta al tratamiento a la semana 8 de manera clínica mediante EM y por control endoscópico con mapeo histológico. Se utilizó el peor sangrado rectal y la frecuencia de evacuaciones de 3 días previos al estudio endoscópico. Se hizo un análisis descriptivo de las variables clínicas y bioquímicas, presentadas en medidas de tendencia central y porcentajes. Se definió remisión parcial como disminución de por lo menos 2 puntos en la EM inicial y remisión completa como < 4 puntos en la EM.

Resultados: El 83% de la población eran hombres, con una media de edad de 38,3 años. El 50% de los pacientes presentó remisión completa (media 2 puntos, rango 3-1) y el 50% tuvo una remisión parcial (media de 6 puntos, rango 7-5). Clínicamente disminuyó en promedio la cantidad de evacuaciones por día y la presencia de sangrado (tabla 1). El 66,6% de los pacientes tenía afección completa del colon. De acuerdo al *sub-score* endoscópico presente en la EM en la semana 0 en 100% de los pacientes presentaban enfermedad severa (sangrado espontáneo y úlceraciones) y a la semana 8 el 50% tenía enfermedad leve (eritema, disminución del patrón vascular, friabilidad de la mucosa leve), 33,3% tenían enfermedad moderada (eritema, patrón vascular ausente y friabilidad de la mucosa) y 16,6% enfermedad severa. Se observó una respuesta completa histopatológica en sólo el 33,3%. Un paciente fue detectado con displasia de bajo grado.

Conclusiones: ADA es un tratamiento eficaz en la respuesta clínica y endoscópica en la inducción de la enfermedad, pero no así en relación a la mejoría histopatológica. Es el primer estudio realizado en nuestra institución y no existen otros estudios en México que corroboren los resultados de los grandes ensayos clínicos controlados. Estos resultados confirman que los hallazgos obtenidos de los grandes estudios son reproducibles en la práctica clínica diaria. En un segundo estudio se valorará la eficacia del mantenimiento a la semana 52. ADA es un tratamiento eficaz en la inducción de la respuesta en la CU. Es el primer estudio realizado en nuestra institución y no existen otros estudios en México que corroboren los resultados de los grandes ensayos clínicos controlados. Estos resultados confirman que los hallazgos obtenidos de los grandes estudios son reproducibles en la práctica clínica diaria.

ID 382

Gastropatía hipertrófica por infiltración linfocitaria secundaria a inmunodeficiencia primaria con timoma

Lourdes Lol-Be Pinzón-Te, Jesús Gerardo López-Gómez y Mayra Virginia Ramos-Gómez. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F. lolbep@hotmail.com

Antecedentes: El síndrome de Good (timoma con inmunodeficiencia) es una rara causa de inmunodeficiencia combinada de células B y T, que incrementa la susceptibilidad a infecciones bacterianas, virales y fúngicas. La patogénesis de este desorden es desconocida, pero se cree que el defecto primario puede encontrarse en la médula ósea.

Objetivo: Exponer caso clínico de paciente con síndrome de Good e infiltración linfocítica en tubo digestivo, manifestada por gastropatía hipertrófica y enteropatía perdedora de proteínas.

Materiales y métodos: Femenino de 49 años con antecedente de cuadros frecuentes de amigdalitis en la infancia y amigdalotomía a los 10 años, sin crónico-degenerativos diagnosticados. Inicia padecimiento un año previo con la presencia de náusea, vómitos posprandiales, saciedad precoz, edema generalizado, episodios intermitentes de evacuaciones disminuidas en consistencia de frecuencia variable, sin moco, sangre, lenteria o esteatorrea, disfagia media ocasional progresiva a sólidos y líquidos, pérdida ponderal de 15 Kg. A la exploración física se encontró paciente de edad aparente mayor a la cronológica, palidez tegumentaria, mala distribución hídrica por edema generalizado; tórax con síndrome de derrame pleural derecho en 20%; abdomen con edema de pared, peristalsis disminuida en frecuencia, matidez generalizada, doloroso a la palpación en epigastrio, no se palpan tumoraciones o megalias; extremidades integras, con edema hasta muslos +++. Dentro del protocolo diagnóstico, se realizaron bioquímicos que reportaron: glucosa 81,4, creatinina 0,82, electrolitos séricos normales, albúmina 1,8, bilirrubina total 0,34, AST 32, ALT 23, fosfatasa alcalina 41, GGT 8,3, CA 15-3 6,41, antígeno carcinoembrionario 0,875, CA-125 276, CA 19-9 6,39, alfafetoproteína 3,35, pruebas de funcionamiento tiroideo normales, hemoglobina 17,6, hematocrito 49,9, leucocitos 17,1, neutrófilos 12.000, linfocitos 1.560, plaquetas 339.000, 3,35, IgG 865, IgA 101, IgM 69,5, C3 99,7, C4 30,8. Endoscopia reporta esofagitis A de los Ángeles y linitis plástica en cuerpo y antro, durante el procedimiento se tomaron biopsias que reportaron: gastropatía hipertrófica e hiperplasia glandular, atipia epitelial, atrofia quística, engrosamiento de capa muscular con infiltrado linfoplasmocitario, metaplasia intestinal incompleta focal. TAC de tórax y abdominopélvica con reporte de timoma. Se realizó toracotomía con resección de timoma, cuyo estudio histopatológico reportó características compatibles con benignidad.

Resultados: Diagnóstico corresponde a síndrome de Good con infiltración a sistema gastrointestinal; se inició tratamiento con inmunoglobulina G intravenosa cada 21 días, con el objetivo de lograr regulación de linfocitos; nutrición parenteral para mejorar condiciones generales y seguimiento por métodos de imagen en búsqueda de neoplasias.

Conclusiones: La valoración integral del paciente resulta indispensable para realizar diagnósticos oportunos y proporcionar tratamiento específico; en este caso aunque los hallazgos iniciales sugerían patología prima de tubo digestivo, en relación al contexto de la paciente, se pudo determinar infiltración linfocitaria secundaria a timoma.

ID 383

Superioridad de las prótesis esofágicas sobre las sondas nasointerales para mantener el estado nutricional y mejorar el estado funcional en pacientes con cáncer de esófago avanzado

María Daniela González-Ávila, Bárbara Figueroa-Escárcega, Angélica I. Hernández-Guerrero y Sergio Sobrino-Cossío. Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F. dagomesef@yahoo.com.mx

Introducción: El carcinoma esofágico (CE) tiene pobre supervivencia (SV) a 5 años. El mal estado funcional y la desnutrición son factores de mal pronóstico que impactan negativamente en estos enfermos. Las sondas nasointerales (SNE) y prótesis metálicas autoexpandibles (del inglés SEMS) tienen utilidad en el apoyo nutricional, sin embargo, el uso de SEMS en quimiorradioterapia (QRT) es controversial. Las SEMS mejoran la disfagia y disminuyen pérdida ponderal aunque no se ha establecido el momento adecuado para colocarlas.

Objetivo: Evaluar el impacto de SEMS vs. SNE sobre estado nutricional, estado funcional y supervivencia en cáncer esofágico avanzado.

Material y método: Estudio de casos y controles de pacientes con CE avanzado. Ambos sexos, mayores de 18 años, con SNE o SEMS como apoyo nutricional, con o sin QRT. Criterios de exclusión: expediente incompleto, pérdida de seguimiento (<3 m) o cirugía. Se evaluaron variables clínicas, bioquímicas, estado funcional (índice Karnofsky), parámetros nutricionales, progresión y SV. Análisis estadístico: Se utilizó prueba *t* de Student y U de Mann-Whitney para comparación de variables continuas con distribución paramétrica y no paramétrica respectivamente. Para comparaciones antes-después en un mismo grupo *t* pareada o suma de rangos de Wilcoxon. *Ji cuadrada* para asociación entre variables categóricas. Se calculó razón de momios (RM) con IC95% para evaluar el riesgo de empeorar el estado nutricional o funcional de los pacientes con SEMS y SNE. Se aplicó prueba de Log-Rank con curvas de Kaplan-Meier para comparar supervivencia y tiempo libre de progresión entre los grupos. Se consideró significativa la $p < 0,05$ Se utilizó el programa estadístico SPSS® versión 15,0.

Resultados: N=60 (30 SEMS vs. 30 SNE) con CE avanzado (53% adenocarcinoma) 78% hombres; edad $60,8 \pm 11,5$, índice de masa corporal (IMC) $21,7 \pm 3,63$. Los parámetros clínicos basales sin diferencias entre grupos excepto edad (SEMS>SNE $p=0,01$). El periodo para colocar SEMS a partir del diagnóstico fue mayor que para SNE (mediana 102 vs. 11 días $p<0,0001$). En los pacientes con SEMS la RM para deterioro funcional fue de 0,14 ($p=0,007$), para disminución de IMC 0,13 ($p=0,001$), para descenso de albúmina 0,23 ($p=0,03$) y de linfocitos 0,23 ($p=0,02$) SEMS mantuvo el peso e IMC, ya que estos parámetros no disminuyeron significativamente después de la colocación de SEMS ($p=0,5$) SEMS mejoró significativamente el índice Karnofsky (promedio SEMS=76 vs. SNE=62, $p=0,001$). Los pacientes con SNE presentaron pérdida ponderal promedio de 5,4 Kg, lo cual fue significativamente mayor que en pacientes con SEMS ($p=0,04$). Se observaron diferencias significativas en IMC basal, previo a la SNE e IMC al final del seguimiento ($p<0,0001$) en pacientes con SNE. No diferencias en tiempo libre de progresión y supervivencia global entre ambos grupos.

Conclusión: SEMS tiene efecto en mantener el estado nutricional y mejorar el estado funcional en pacientes con cáncer esofágico avanzado. La intervención endoscópica temprana con SEMS podría disminuir el riesgo de deterioro y la morbilidad en asociada a estos desenlaces.

Conflicto de intereses: Ninguno.

ID 386

Tumor neuroendocrino del aparato digestivo diagnosticado por autopsia en el Hospital General de México. Serie de casos

Elizabeth Pérez-Reyes, Azucena Casanova-Lara, Gerardo Aristi-Urista y Eduardo Pérez-Torres. Hospital General de México. México, D.F. e_i_a_eth@yahoo.com.mx

Antecedentes: Los tumores neuroendocrinos (NET, por sus siglas en inglés) se consideran neoplasias raras por su baja incidencia y de crecimiento lento. El tumor primario generalmente es pequeño y generalmente asintomático, se diagnostican hasta la presencia de metástasis o invasión local. Su principal localización es intestino delgado. Hasta el 50% de los NET son no funcionales, solo una baja proporción de los NET presentan el cuadro clínico de síndrome carcinoide (10%-15%). El diagnóstico se realiza con medición sérica de sustancias producidas por estos tumores, cromogranina A y el ácido 5-hidroxi-indolacético son las pruebas séricas más empleadas, además de corroborarse histopatológicamente con ayuda de marcadores inmunohistoquímicos. El uso de radiofármacos por medio de medicina nuclear se ha convertido en método sensible para el diagnóstico del tumor primario y sus metástasis.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de autopsias en la Biblioteca de Patología del Hospital General de México, abarcando el periodo de 1971 hasta 2010 que presentaron diagnóstico de "tumor neuroendocrino", "carcinoma neuroendocrino", "tumor carcinoide", de localización gastroenteropancreáticas, encontrándose 25 casos; de los cuales solo 9 casos fueron considerados para esta revisión, ya que el resto de las autopsias no fueron localizadas, o no contaba con datos completos de los casos. Se buscó identificar tipo de tumor, localización, presencia o ausencia de síntomas, y presencia de metástasis, así como el tiempo evolución de los síntomas.

Resultados: De los 9 casos encontrados, 5 (56%) casos fueron diagnosticados en hombres y 4 (44%) mujeres, siendo el colon la principal localización, con 2 casos (22%) en ciego y apéndice, 2 (22%) colon transverso, 2 (22%) recto. Solo se encontraron un caso en intestino delgado, un caso en páncreas y otro más en pulmón. Se documentaron 6 (66,6%) casos con presencia de metástasis, de las cuales la más frecuente fue a ganglios locales 6 (66,6%), invasión a órganos vecinos (44%), pulmonares 3 (33%), y solo un caso con metástasis hepáticas. Cuatro casos presentaron por lo menos metástasis a más de dos sitios. La presencia de síntomas asociados a estos tumores se presentaron en 6 (66%) de los casos, siendo los síntomas más comunes dolor abdominal 5 (83%) y diarrea 5 (83%). El tiempo de evolución fue variable, se obtuvo un promedio de 13 meses, variando entre 3 meses hasta 60 meses.

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos son neoplasias de baja incidencia, que constituyen un reto diagnóstico debido que pueden no presentar síntomas o presentando síntomas inespecíficos, lo cual favorece retraso en el diagnóstico, siendo común la presencia de metástasis al ser diagnosticados.

ID 388

Cirrosis biliar primaria en pacientes con anticuerpos antimitocondriales negativos: experiencia en el CMN "20 de Noviembre"

Armando Alonso Martínez, Elizabeth Buganza-Torio, Gerardo López-Gómez y Mayra Virginia Ramos-Gómez. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSTE. México, D.F. armando.amtz@gmail.com

Antecedentes: La cirrosis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática colestásica progresiva y crónica de causa desconocida, caracterizada por destrucción progresiva de los conductillos intrahepáticos e inflamación portal, progresando a cirrosis. El marcador diagnóstico más importante es el anticuerpo anti-mitocondrial (AMA's); aunque en un 5% a 32% es negativo, defendiéndola como colangitis autoinmune. El diagnóstico se realiza en forma conjunta con la clínica, resultado histopatológico y laboratorio. En México, la información referente a CBP con AMA's negativo es limitada.

Objetivo: Determinar los casos de pacientes con diagnóstico de cirrosis biliar primaria con anticuerpos antimitocondriales negativos en la población del CMN "20 de Noviembre".

Materiales y métodos: Se revisaron en el año 2012, los expedientes de pacientes con diagnóstico de cirrosis biliar primaria que cumplieran los criterios de inclusión: elevación de fosfatasa alcalina, biopsia hepática compatible con colangitis destructiva no supurativa o destrucción de los conductos biliares inter-lobares y anticuerpos antimitocondriales negativos. Se analizaron características clínicas, de laboratorio y comorbilidades.

Resultados: Se evaluaron 22 expedientes con diagnóstico de CBP, de los cuales 8 presentaron anticuerpos antimitocondriales negativos siendo el 36,3% (tabla 1).

Conclusiones: En nuestro estudio, se determinó que el 36,3% de los pacientes con CBP fueron AMA (-), la edad promedio al diagnóstico fue menor, correspondiendo a 36,5 años, el 62,5% se encontraron en estadio 1, con fosfatasa alcalina más elevada y solo el 25% presentó datos de hipertensión portal todo en comparación con los AMA's positivos. Por lo que concluimos que en nuestra población los pacientes con AMA (-) tienen menores complicaciones bioquímicas e histológicas que en los AMA (+).

Tabla 1 Resultado

Variable	AMA's (-)	AMA's (+)	Variable	AMA's (-)	AMA's (+)
Mujeres	74%	78,60%	Albumina	4,1 mg/dL	3,8 mgDL
Hombres	25%	21,40%	INR	0,9	1
Edad	36,5 años	57,1 años	Plaquetas	232,6	172,8
Mujeres	48 años	44,7 años	Estadio (frecuente)	Estadio 1 (62,5%)	Estadio 3 (42,8%)
Hombres	25%	64,3%	Antimúsculo portal	37,50%	64,20%
Edad	36,5 años	57,1 años	lo liso (+)	37,50%	64,20%
Mujeres	48 años	44,7 años	IgG	62,50%	85,70%
Hombres	25%	64,3%	elevado	62,50%	85,70%
Edad	36,5 años	57,1 años	Promedio		
Mujeres	48 años	44,7 años	IgG	1.648,8	1.955,7
Hombres	25%	64,3%	IgM	75%	92,8
Edad	36,5 años	57,1 años	elevado	75%	92,8
Mujeres	48 años	44,7 años	Promedio		
Hombres	25%	64,3%	IgM	296	373,6
Edad	36,5 años	57,1 años	Patrón	Homogéneo (50%)	Homogéneo (35,7%)
Mujeres	48 años	44,7 años	ANA's	50%	35,7%
Hombres	25%	64,3%			

ID 389

Prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes con cirrosis hepática

Araceli Muñoz-Bautista, Nayeli Xochiquetzal Ortiz-Olvera, Mario Molina-García, Segundo Morán-Villota y Rosalba Moreno-Alcantar. UMAE, HE CMN SXXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F. cheliey@hotmail.com

Antecedentes: La disfunción tiroidea (DT) es una condición común en la población general. Se ha reportado la asociación de DT con enfermedades hepáticas como: hepatitis crónica C, carcinoma hepatocelular, hepatitis autoinmune (HAI), cirrosis biliar primaria (CBP), colangitis esclerosante y EHGNA.

Objetivo: Conocer la prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes con cirrosis hepática (CH).

Material y métodos: Estudio transversal. De una cohorte de 330 cirróticos, se incluyeron 107, independientemente de la etiología y clase funcional, ≥ 18 años, con pruebas de función tiroidea realizadas durante el seguimiento. Se excluyeron pacientes con historia de hipertiroidismo, hipotiroidismo o terapia de reemplazo de la función tiroidea y cáncer de tiroides, previo al diagnóstico de cirrosis; pacientes con enfermedades oncológicas, hematológicas o sistémicas graves, enfermedades hipotálamo-hipofisarias (tumor, cirugía), enfermedades infiltrativas o radioterapia hipofisaria. Los pacientes se categorizaron como: hipotiroidismo subclínico (TSH $\geq 4,2$ -10 mIU/L y T4 Libre normal), hipotiroidismo primario (TSH $\geq 4,2$ -10 mIU/L y T4 Libre $< 0,93$ ng/dL), hipertiroidismo (T4 Libre $> 1,7$ ng/dL y TSH $< 0,27$ mIU/L), y eutiroides (TSH y T4 libre normal).

Resultados: La edad promedio fue de 57,3 ($\pm 11,2$), y el 68,2% fueron mujeres. La prevalencia de DT fue del 27%. Las características basales se muestran en tabla 1.

Conclusiones: En nuestra población es alta la prevalencia de DT (27%), el espectro del hipotiroidismo se observa con mayor frecuencia en cirrosis por VHC, independientemente de la reserva hepática (Child-Pugh y MELD), y los factores de riesgo metabólico conocidos.

Tabla 1 Características basales

Variables	Eutiroides (n=78)	Hipotiroidismo subclínico (n=19)	Hipotiroidismo manifiesto (n=9)	Hipertiroidismo (n=1)	Valor de p
Edad, años md (\pm DE)	57(11,5)	59 (12,6)	55,9 (4,2)	61	0,8
genero, Fem/Mas, n	52/26	14/5	6/3	1/0	0,6
IMC, Kg/m ² , md (\pm DE)	24,7(5,2)	28 (4,4)	27,7 (5)	25,5	0,8
INR, md (\pm DE)	1,35 (0,38)	1,24 (0,2)	1,4 (0,5)	1,2	0,4
Hemoglobina, md (\pm DE)	13,2 (2,6)	13,4(2,2)	13,2(2,2)	13,9	0,9
TSH, mIU/L, md	2,48 (0,9)	5,73 (1,2)	12,04(12)	0,005	0,00
T4libre, ng/dL md	1,18(0,21)	1,17 (0,14)	0,89 (0,1)	2,11	0,01
Etiología: VHC, n	31	9	7	0	0,06
Criptogénica, n	19	1	0	0	0,1
EHGNA, n	8	1	2	0	0,8
Alcohólica, n	7	2	0	0	0,8
HAI/CBP/ otras	6/5/2	2/3/1	0	1/0/0	0,4
MELD	11,4 (3,9)	11,8 (4,3)	10,2 (3,1)	9	0,3
Child-Pugh A/B-C	56/22	16/3	7/2	1/0	0,3
Diabetes mellitus, n	25	3	1	0	0,06
Tx con propranolol, n	36	7	3	0	0,07

ID 391

Comparación de escalas AIMS65, Rockall y Blatchford en hemorragia digestiva alta

Griselda Martínez-Ramírez, Adriana López-Luría, Lizeth Hernández-Flores, José Armando Carmona-Castañeda y Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. México, D.F. griserama@hotmail.com

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es una causa frecuente de ingreso en los Servicios de urgencias, con elevada mortalidad y morbilidad. La estratificación temprana del riesgo, mediante uso de escalas pronosticas ayudan en la toma de decisiones iniciales y aplicación de terapia médica, endoscópica o quirúrgica temprana. Varios índices pronósticos se han creado como la puntuación de Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS-65. Estas escalas incluyen variables clínicas, de laboratorio y endoscópicas que predicen el riesgo en los pacientes. Las escalas existentes predicen diversos aspectos como son la mortalidad hospitalaria, resangrado, intervención endoscópica y quirúrgica, además de estancia hospitalaria y transfusiones. Por lo que es importante contar con una escala pronóstica que nos ayude a predecir los resultados del evento de hemorragia con mejor precisión. El objetivo del estudio fue comparar 3 escalas pronosticas (Rockall, Blatchford, AIMS65) en pacientes con hemorragia digestiva alta de cualquier etiología para predecir presencia de resangrado, muerte, días de estancia hospitalaria e intervención médica.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, admitidos al Servicio de Urgencias por HDA activa de cualquier etiología, de junio 2011 a junio 2013. Para cada paciente se calculó el puntaje de las escala de Rockall, Blatchford, AIMS-65 y estudio endoscópico. La necesidad de intervención médica fue valorada de acuerdo a la necesidad de tratamiento endoscópico y transfusión de paquetes globulares.

Resultados: Se identificaron un total de 195 pacientes, de los cuáles 68,7% (134) fueron hombres, con un promedio de edad de 56,9 años, Las comorbilidades asociadas fueron insuficiencia hepática en un 48,7%, 3% cardiopatía y 1% neoplasia. Las principales manifestaciones clínicas fueron melena 86,1%, síncope 11,28% y hematemesis 76,9%. El resangrado se presentó (< 72 horas) en 6,6% (13) de los pacientes, y fallecieron el 4,1% (8). Se utilizó el software Estadística 8, utilizando análisis de ANOVA de Fisher para un factor, se utilizó con el objetivo de evaluar la mortalidad, resangrado, días de estancia hospitalaria y necesidad de médica (transfusión de paquetes globulares y terapia endoscópica). Se observo una relación estadísticamente significativa entre la escala de Rockall y mortalidad ($p=0,0004$). La escala AIMS65 se observó como predictor de resangrado ($p=0,034$) y mortalidad ($p=0,05$). Otra escala con significancia estadística es Blatchford, la cual predice mortalidad ($p=0,0010$). Como resultados secundarios se observó la escala de Rockall como predictor de días de estancia hospitalaria ($p=0,0001$).

Conclusiones: La escala AIMS65 es la única escala que predice resangrado en nuestro grupo de pacientes, las escalas que predijeron mortalidad AIMS65, Blatchford y Rockall, siendo mejor la escala de Rockall ($p=0,0004$). La escala de Rockall puede además predecir una estancia hospitalaria más prolongada. Se concluye que ninguna de estas escalas es capaz de predecir la necesidad de transfusión en la población en estudio.

ID 392

Manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico de la hepatitis autoinmune y factores que contribuyen al inicio de tratamiento inmunosupresor

Lizeth Hernández-Flores, José Armando Carmona-Castañeda, Griselda Martínez-Ramírez, Luz Adriana López-Luría, Sherezada Mejía-Loza y Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. México, D.F. hfliz@yahoo.com

Antecedentes: La presentación tradicional de la HAI es el de una enfermedad crónica, sin embargo, en el 40% de casos HAI se presenta como "hepatitis aguda", 25% de los pacientes son asintomáticas

y alrededor del 30% de los pacientes presentan cirrosis. Una puntuación MELD de al menos 12 puntos al diagnóstico identificó el 97% de los pacientes que fracasó al tratamiento con corticosteroides. Se ha demostrado que pacientes con niveles séricos de AST de al menos 10 veces el límite superior del rango normal o más de 5 veces y un nivel de Ig-G más de dos veces el LSN tiene una alta mortalidad (60% a los 6 meses) si no se trata. Por otro lado, individuos asintomáticos pueden tener una supervivencia de 80% a 10 años. Los pacientes con cirrosis tienen un mayor riesgo de presentar efectos secundarios que los pacientes sin cirrosis.

Objetivo: Identificar los principales diagnósticos de envío al Servicio de Gastroenterología y determinar estadio de insuficiencia hepática y beneficio de inicio de tratamiento inmunosupresor.

Material y métodos: Se realizó revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de hepatitis autoinmune de julio de 2007 a junio de 2012. Se reclutaron 30 pacientes evaluando escalas pronósticas Child-Pugh y MELD calculadas en el momento del diagnóstico y determinación de inmunoglobulinas, pruebas de función hepática y biometría hemática.

Resultados: Del total de 30 pacientes, se identificó el motivo de envío a Gastroenterología, con principal causa alteración en pruebas de función hepática en un 43,3%, alteración en líneas celulares (bicitopenia o pancitopenia) secundarias a hipertensión portal en un 30%, ictericia generalizada en un 20%, y descompensación de cirrosis secundaria a sangrado digestivo alto en un 6,7%. De los 30 pacientes el 40% se encontraba en Child-Pugh A, el 56,7% en Child-Pugh B y el 3,3% en Child-Pugh C. Se realizó MELD a todos los pacientes presentando una media de 12,66. De acuerdo a los criterios para inicio de tratamiento de AASLD 2010, los pacientes con indicación de tratamiento absoluto sólo se aplicaban a 4 pacientes, recibiendo 3 tratamientos inmunosupresor.

Conclusiones: De los 30 pacientes, la indicación absoluta de inicio de tratamiento solo se aplicaba a 4 pacientes, ya que algunos ya presentaban descompensación de su cirrosis con cuadros previos de ascitis o encefalopatía y sangrado digestivo alto variceal, además de leucopenia o trombocitopenia importantes por lo que no fueron candidatos a tratamiento con corticosteroides ante alto riesgo de efectos adversos, mal pronóstico del paciente y probabilidad de falla a tratamiento, ya que en su mayoría se presentaron en estadio Child-Pugh B, y en su mayoría con MELD >12.

ID 393

Comparación de niveles de ácido eicosapentaenoico en niños obesos con y sin resistencia a la insulina

Karmina Sánchez-Meza, Carlos Enrique Tene-Pérez, Carmen Alicia Sánchez-Ramírez, Mario del Toro-Equihua y Roberto Muñoz-Valencia. Facultad de Medicina, Universidad de Colima. Colima, Col., México. Karmina_sm@hotmail.com

Antecedentes: La obesidad infantil es uno de los problemas de salud más importantes en Colima y el resto del país. Por su prevalencia, la obesidad infantil en México ocupa el primer lugar a nivel mundial. Lo anterior obliga a continuar estudiando esta enfermedad no solamente desde el punto de vista de abordaje terapéutico en sus modalidades farmacológica y nutricional, sino también en el nivel de prevención. La presencia de resistencia a la insulina ha sido asociada a obesidad, principalmente con diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y dislipidemias.

Objetivo: Comparar los niveles de ácido eicosapentaenoico entre niños obesos con y sin resistencia a la insulina.

Materiales y métodos: Diseño: estudio transversal analítico. Se incluyeron 20 niños obesos entre 6 y 12 años de edad. Se documentó resistencia a la insulina (RI) mediante HOMA IR. La variable de interés fue

el ácido eicosapentaenoico (EPA), medido por cromatografía de gases. Se compararon los niveles de EPA entre el grupo de niños con y sin resistencia a la insulina con la prueba U de Mann-Whitney. La comparación de variables cualitativas fue con *ji cuadrada*.

Resultados: No hubo diferencia significativa entre el grupo con (n=8) y sin resistencia a la insulina (n=12) con respecto a género [femenino/masculino 5/3 vs. 3/9, $p=0,226$], consumo de ácidos grasos omega 3 (presente/ausente 6/2 vs. 11/1, $p=0,701$), y actividad física (presente/ausente 1/7 vs. 6/6, $p=0,213$) respectivamente. Los niveles de EPA fueron menores en los niños con RI en comparación con los niños sin RI (12,4% de área bajo la curva vs. 37,4%, $p=0,037$).

Conclusiones: Los niveles de ácido eicosapentaenoico son menores en niños con resistencia a la insulina.

Conflicto de intereses: Este trabajo ha sido patrocinado totalmente por el FRABA (Fondo Ramón Álvarez-Buylla de Aldana) de la Universidad de Colima.

ID 394

Precisión y seguridad de la PillCam® Colon 2 en el diagnóstico de lesiones de intestino medio en un centro privado

Xochiquetzal Sánchez-Chávez, Clara Luz Martínez-García y Luis Álvaro Mejía-Cúan. Endomedix, S.A de C.V. México, D.F. quetz80@yahoo.com

Antecedentes: La cápsula de intestino delgado es considerada el estándar de oro para el diagnóstico de la patología del intestino medio (IM). Dado que la cápsula tiene una sola cámara, en el 2008 iniciamos la exploración del IM con la cápsula de colon 1 (CC-1) con técnica modificada, la cual cuenta con dos cámaras, esperando mejorar la sensibilidad diagnóstica. Recientemente, un sistema de segunda generación (PillCam® COLON 2) (CEC-2) ha sido desarrollada, aumentando su ángulo de visión y número de fotogramas, mejorando la detección de lesiones.

Objetivo: identificar la precisión y seguridad diagnóstica de la PillCam® colon 2 en la patología del IM.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo y transversal en un grupo de pacientes que fueron enviados al centro clínico particular Endomedix S.A de C.V para realización de cápsula endoscópica (CE), entre agosto del 2012 y junio del 2013. A todos los pacientes se les realizó el estudio con la CEC-2 con técnica modificada. Al término del estudio se descargó la información en el programa Rapid Reader®. El video se revisó por 2 endoscopistas expertos en la lectura de CE, leyéndose primero la cámara verde y después la amarilla a 16 imágenes por segundo.

Resultados: Se incluyeron un total de 15 pacientes. Los diagnósticos de envío fueron hemorragia de origen oscuro (HOO) en 10 pacientes, anemia crónica en 2, control de enfermedad de Crohn (EC) con biológico en uno, dolor abdominal crónico en uno y control de linfoma en uno. La CE fue positiva en el 73,3% de los pacientes. De los 10 pacientes con HOO se pudo identificar la causa de la hemorragia en 8 de ellos (80%), sometiéndose a 2 pacientes a enteroscopia para tratamiento y toma de biopsias. La cápsula del paciente con EC se reportó como normal. De los 2 pacientes con anemia crónica, sólo en uno se identificó enteropatía por AINES. En el paciente con diarrea crónica se identificaron imágenes sugestivas de enfermedad celíaca, la cual se corroboró bioquímicamente. En la paciente con dolor abdominal crónico se identificó enteropatía por AINES y en el paciente de control de linfoma se observó recaída de la enfermedad desde el yeyuno medio hasta el íleon terminal.

Conclusiones: La nueva generación de cápsula de colon es una herramienta diagnóstica que mejora la imagen para la detección de lesiones y que por sus características promete ser una herramienta

que incrementará la sensibilidad diagnóstica, pudiéndose realizar la revisión completa del tubo digestivo.

ID 395

Identificar si la erosión dental se encuentra asociada a enfermedad por reflujo gastroesofágico

Luis Álvarez-Ávalos, Ma. de Jesús Ruiz-Mendoza, Francisco Esquivel-Ayanegui y José A. Alanis-Ugarte. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la Secretaría de Salud. Morelia, Mich., México. drlaa@prodigy.net.mx

Antecedentes: La erosión dental es considerada una asociación establecida de los síndromes extraesofágicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La erosión dental puede tener múltiples causas como el consumo frecuente de algunos alimentos, uso de algunos medicamentos pero el factor etiológico más frecuente se considera el consumo de refresco, que es muy frecuente en nuestro medio.

Objetivo: Conocer la frecuencia de erosión dental en pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico y su relación con la ingesta de bebidas gaseosas (refresco).

Materiales y métodos: Es un estudio observacional, prospectivo, comparativo y transversal. Se incluyeron pacientes de la consulta de Gastroenterología que presentaron manifestaciones de reflujo por lo menos 3 días de la semana y por más de un año de evolución. Solo se incluyeron pacientes mayores de 15 y menores de 65 años de edad. El 93% de los pacientes conto con reporte de endoscopia, ya sea realizada antes de ser enviado a la consulta de Gastroenterología o bien solicitada en ella como parte del estudio de sus enfermedad. Todos tuvieron consentimiento informado. Se interrogó sobre, consumo de bebidas gaseosas. Fueron revisados en la consulta dental para valorar la presencia o no de erosión dental y en caso de existir se clasificación de acuerdo a la escala de Eccles y Jenkins (de 0 a 3).

Resultados: Se incluyeron 143 pacientes con ERGE, 68 hombres (47,55%) y 75 mujeres (52,44%), con una edad media de 45,72 años. Se observó erosión dental en 97 pacientes (67,83%), grado 1 (pérdida del esmalte sin exposición de dentina) en 43,35% de los pacientes, grado 2 (exposición de dentina en menos de un tercio de la superficie dental) en el 23,07%, grado 3 (exposición de dentina en más de un tercio de la superficie dental) en 1,39%. De los 97 pacientes con erosión dental 26 de ellos consumían bebidas gaseosas 1 a 3 días de la semana y 34 de 4 a 7 días semana. De 46 pacientes sin erosión dental 26 de ellos consumían el refresco 1 a 3 días semana y otros 10 lo consumían 4 a 7 días de la semana. De los 133 pacientes con endoscopia en 77 (57,89%) esta fue normal, en 30 (22,55%) se encontró algún grado de esofagitis por reflujo y en 26 pacientes (19,54%) se observó esófago de Barrett.

Conclusiones: A) En el 67,83% de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico se documentó diversos grados de erosión dental. B) El consumo de bebida gaseosa no presentó diferencia en ese grupo de población. C) No se observó una relación entre la erosión dental y el grado de lesión esofágica por endoscopia.

D) La frecuencia de esófago de Barrett en nuestro grupo de estudio es mayor que el reportado en la literatura.

ID 396

Síndrome McKittrick Wheelock, en un paciente con adenoma rectal sincrónico

Araceli Muñoz-Bautista, Rosalba Moreno-Alcántar y Aline V. Álvarez-de la O. Departamento de Gastroenterología CMN Siglo XXI, "Dr. Bernardo Sepúlveda". México, D.F. chelley@hotmail.com

Antecedentes: McKittrick y Wheelock describieron el síndrome en 1954, el cual consiste en depleción hidrosalina secundaria a la presencia de adenomas vellosos colorrectales de gran tamaño (>3 cm), no existente estadísticas publicadas debido a la poca incidencia de este síndrome. Los adenomas vellosos secretores tienen mayor cantidad de células mucosas que producen moco de composición anormal, fisiopatológicamente los adenomas secretores presentan un incremento en la producción de prostaglandina E2 que condiciona incremento en el AMPc intracelular activando los canales de cloro y potasio de las células epiteliales provocando salida masiva de electrolitos y agua condicionando diarrea, deshidratación y azoemia prerrenal, hiponatremia, hipokalemia y acidosis metabólica.

Objetivo: Enfermedad poco frecuente, de curso insidioso y de sintomatología inespecífica por lo que conlleva a diagnósticos erróneos y por ende retraso del mismo muchas veces de varios años. Razón por la cual es necesario tenerlo en cuenta ya que la sospecha clínica y la investigación de la semiología digestiva pueden orientar el diagnóstico

Materiales y métodos: Masculino de 61 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, el cual inició hace 5 meses con evacuaciones líquidas, amarillas, con moco y en ocasiones sangre fresca escasa con las mismas, que persisten aún con ayuno, en promedio 6/24 horas, negando otros productos patológicos y pérdida de 14 Kg de peso durante su evolución, niega fiebre u otra sintomatología. Tacto rectal con lesión palpable sobreelevada, de consistencia blanda, no adherida a planos profundos. Laboratorios de ingreso con datos de falla renal aguda prerrenal: urea 379 mg/dL, creatinina 8,29 mg/dL, Na en orina 17mEq/L, creatinina urinaria 110 mg/dL, desequilibrio hidroelectrolítico con hiponatremia (120 mEq/L) hipokalemia (3,3 mEq/L) hipocloremia (69 mEq/L), calcio 9,3 mg/dL, magnesio 3,8 mg, fósforo 13,4 mg/d, gasometría arterial con acidosis metabólica pH 7,10, PO₂ 91mmHg, PCO₂ 40 mmHg, HCO₃ 14. BH leucocitos de 8.600 y neutrófilos de 6.600, colonoscopia con lesión polipoidea sésil de aspecto vellosa, la cual inicia a partir de los 4 cm con extensión en alfombra hasta los 20 cm. Friable a la toma de biopsias. Tomografía con lesión ocupante de espacio a nivel de recto sigmoides intraluminal, que con administración de contraste endovenoso presenta realce nodular y heterogéneo. Paciente el cual ameritó realización de hemodiálisis por falla renal aguda y reposición hidroelectrolítica con respuesta favorable. Se le realizó resección anterior baja + coloanoanastomosis + ileostomía de protección, así como manejo con quimio y radioterapia. Resultado histopatológico: adenoma vellosa de 14,5 cm de longitud y adenocarcinoma mucoproducción poco diferenciado con células en anillo de sello, el cual infiltra la totalidad de la pared rectal, serosa y grasa perirrectal, sin actividad metastásica.

Conclusiones: Un adenoma sincrónico es un adenoma que se diagnostica al mismo tiempo como una neoplasia colorrectal índice. El riesgo de progresión a cáncer de los adenomas depende de la histología y del tamaño teniendo mayor progresión los adenomas vellosos mayores a 2 cm. Se debe sospechar esta patología en pacientes añosos con cuadros de diarrea crónica, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y presencia de insuficiencia renal prerrenal. La cirugía es el único tratamiento curativo, la usencia del mismo puede provocar la muerte del paciente.

ID 397

Consumo de cafeína y café como factores dietéticos asociados a un menor grado de esteatosis en pacientes con enfermedad de hígado graso de origen no alcohólico con sobrepeso y obesidad

Karla Gabriela Méndez-Jaramillo, Stefany Mora-Bulnes, Sophía Eugenia Martínez-Vázquez, Luis Raúl Valdovinos-García, Ignacio García-Juárez, Sara Vázquez-Manjarrez y Elisa Gómez-Reyes. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. México D.F. krlamd28@gmail.com

Antecedentes: La enfermedad de hígado graso de origen no alcohólico (EHGNA), cuya prevalencia aumenta simultáneamente con la obesidad; la cuál involucra daños hepáticos caracterizados por esteatosis, inflamación y fibrosis. En el origen y la evolución de la enfermedad se involucran los factores dietéticos como sus principales determinantes, por lo que recientemente se ha tornado especial atención al estudio del café y la cafeína como posibles factores de protección para el daño de los hepatocitos, reduciendo así el riesgo de elevación de las enzimas hepáticas (ALT, AST y GGT) y la presencia de fibrosis.

Objetivo: Evaluar el consumo de café y cafeína conforme al grado de esteatosis y pruebas de funcionamiento hepático en pacientes con EHGNA que presenten sobrepeso y obesidad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal anidado en una cohorte con 93 pacientes con EHGNA que tuvieran IMC entre 25 y 40 Kg/m², excluyendo a aquellos pacientes que seguían una prescripción dietética previa. Se evaluó el consumo de café y de cafeína derivada de alimentos y bebidas utilizando el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos validada para población mexicana y el Sistema de Evaluación de Hábitos Nutricionales y Consumo de Nutrimientos (SNUT). El grado de esteatosis se evaluó mediante ultrasonido hepático. El análisis sobre el consumo de café (tazas/semana) y cafeína (mg/día) se realizó conforme al grado de esteatosis y la función hepática mediante el paquete estadístico SPSS® utilizando la prueba t de Student y exacta de Fisher considerando como significativo valores de $p < 0,05$.

Resultados: El promedio de edad fue de $48,31 \pm 11$ años, siendo 62% mujeres. La ingesta calórica promedio fue de 1922 ± 456 kcal/día. El 39% de los pacientes con esteatosis grado 1 presentaba sobrepeso y el 48,3% con esteatosis 2 y 3 obesidad. El promedio de grasa corporal fue de $36,14 \pm 12,17\%$. Los pacientes que reportaron un consumo superior a 4 tazas de café/semana presentaron un menor grado de esteatosis (80% de los pacientes con esteatosis grado 1 vs. 50% con esteatosis grado 2 y 3, $p=0,01$). El consumo de cafeína ≥ 95 mg/día, equivalente a 1 taza café/día se asoció a niveles inferiores de AST ($38,9 \pm 29,1$ U/L para ≥ 95 mg de cafeína/día, vs. $59,7 \pm 36$ U/L para ≤ 95 mg/cafeína/día, $p=0,008$).

Conclusiones: Un consumo >4 tazas de café/semana se asoció a un grado menor de esteatosis hepática, mientras que consumir más de 95 mg de cafeína/día se asoció a niveles inferiores de AST en pacientes con EHGNA con sobrepeso y obesidad. El estudio coincide con lo reportado en la literatura, sin embargo es controversial la cantidad de café y cafeína que deba consumirse para poder dilucidar un efecto. Son necesarios estudios longitudinales y análisis ajustados por otros factores dietéticos como el consumo de fructosa, azúcares y grasas.

Conflicto de intereses: El presente estudio no presenta conflicto de intereses.

ID 398

Identificación de la población sensible al gluten y su comparación con la población con enfermedad celíaca, a partir de las recomendaciones establecidas a nivel internacional

Jonathan Manuel Aguirre-Valadez, José Fernando Castro-Gómez, Rafael Bernal Méndez, Angélica Viridiana Romero y Luis Uscanga-Domínguez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. México, D.F. jonathan.yanomani@gmail.com

Antecedentes: Recientemente se han realizado consensos para estructurar y definir el espectro de las enfermedades relacionadas al consumo del gluten. La enfermedad celíaca (EC) se define como una enteropatía con manifestaciones sistémicas, de origen inmunológico asociada a la ingesta de gluten, la intolerancia o sensibilidad (SG) al gluten se ha descrito en pacientes donde existen síntomas gastrointestinales cuando consumen gluten o sus productos, y muestran mejoría significativa cuando omiten la ingesta de gluten, sin producirse daño a nivel intestinal; sin embargo los síntomas son indistinguibles de aquellos sujetos que padecen enfermedad celíaca. En México no se ha evaluado la aplicabilidad de las recomendaciones antes descritas para identificar la población con SG, además de sus características clínicas.

Objetivo: Aplicar las recomendaciones internacionales para caracterizar a la población con SG en la Consulta Externa de la clínica de EC, y comparar dicha población con la población con EC del instituto.

Materiales y métodos: Estudio transversal y descriptivo de la población que fue enviada a la consulta de EC, que no cumple criterios par EC, y cumpla criterios de SG (serología específica para EC negativa, biopsia normal o daño leve, mejoría de síntomas al retiro del gluten) al gluten.

Caracterizar ambas poblaciones (EC y SG). Revisión de los expedientes, entrevista y valoración por el Servicio de nutrición de esta población. Se realizó análisis descriptivo y comparativo de ambas poblaciones, no se asocia con la positividad de anticuerpos Anti-transglutaminasa (tTG) y otros anticuerpos específicos para la enfermedad.

Resultados: Se evaluó una población total de 78 pacientes de los cuales 32 pacientes (56,3% mujeres) cumplían criterios para SG y 46 pacientes (71,7% mujeres) con EC. Las características de la población: promedio de edad al diagnóstico (51,41 años SG/48,9 años EC), IMC (24,13 SG/20,84 años EC; $p=0,027$), tiempo de duración de la diarrea en meses (49 -min 0, max 360- SG/48 -min 0, max 576-, EC $p=0,9$), tiempo de diagnóstico de la enfermedad desde ingreso al hospital (14,85 meses -min 1, max 96- SG/ 12,21 meses -min 1, max 84- EC $p=0,6$. En cuanto a síntomas intestinales: diarrea 6,3% SG/2,3% EC, esteatorrea 3,1% SG/8,7% EC, lenteria 46,9% SG/34% EC, moco en heces 3,1% SG/6,5% EC, flatulencia 12,5% SG/21,7% EC, meteorismo 31,3% SG/32,6 EC, distensión abdominal 31,3% SG/23,9% EC, náusea 3,1% SG/2,2% EC, pujo 15,6% SG/6,5% EC, dolor abdominal 28,1% SG/28,3% EC. Los síntomas extraintestinales: síndrome del túnel del carpo 6,3% SG/2,3% EC, artritis 3,1% SG/8,7% EC, depresión 6,3% SG/4,3% EC, migraña 3,1% SG/13% EC, ansiedad 3,1% SG/4,2% EC, pérdida de peso 40,6% SG/37 %EC, vitiligo 0% SG/8,7 %EC, anemia 31,3% SG/54,3% EC, abortos 0% SG/6,5% EC. De osteoporosis 12,5% SG/37% EC y osteopenia 18,8% SG/43,5% EC.

Conclusiones: Los síntomas gastrointestinales son poco específicos para poder diferenciar entre ambas entidades, en la población con EC son más frecuentes datos como anemia, osteoporosis y osteopenia.

ID 399

Score clínico para la detección de riesgo de desarrollo de sobrepeso y obesidad en preescolares

Perla María Jacobo-Velázquez, Raúl del Toro-Mijares, Pedro Alejandro Beltrán-López, Alfredo Hiram Soto-Sánchez, Fernando González-González, Jesús Santos-Guzmán, Karla Lorena Chávez-Caraza y Julieta Rodríguez-de Ita. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Tecnológico de Monterrey. Monterrey, N.L., México perla.jacvel@gmail.com

Antecedentes: Se ha descrito una fuerte vinculación entre sobrepeso y obesidad infantil con repercusiones en la salud, costo en salud y el desarrollo social de la población. Por este motivo y ante la escasa información disponible, la identificación de los factores de riesgo para desarrollar sobrepeso y obesidad en los primeros años de vida es fundamental.

Objetivo: Identificar los principales factores de riesgo para desarrollar sobrepeso y obesidad en los primeros años de la infancia y sintetizarlos en un *score* clínico, que oportunamente diagnostique el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad en preescolares.

Materiales y métodos: Se recolectaron datos antropométricos de 301 niños y niñas de edades de 2 a 6 años del municipio de Santa Catarina, Nuevo León, México. Se aplicó un cuestionario a los padres de 264 de los 301 niños, en el que se cuestionaba respecto a variables consideradas como factores de riesgo descritos previamente en la literatura: duración de la lactancia materna, ablactación temprana (antes de los 4 meses), diabetes mellitus gestacional, incremento de peso mayor al recomendado durante el embarazo, tabaquismo *in útero*, número de bebidas endulzadas consumidas por el niño(a), percepción de la silueta del niño(a) según los padres, incremento de peso en los primeros dos años de vida, sintonizar más de dos horas diarias el televisor, días a la semana que desayuna el niño(a) y realizar menos de una hora de actividad física diaria. Las variables se analizaron mediante regresión lineal, odds ratio y ANOVA.

Resultados: Cuarenta y siete preescolares resultaron con obesidad (16%) y 27 con sobrepeso (9%). Las variables género, circunferencia abdominal, plicometría de tríceps, porcentaje de grasa, percepción de la silueta del niño(a) según los padres y cantidad de días que el niño(a) desayuna a la semana fueron factores de riesgo estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Finalmente, se sintetizaron estas 6 variables en un *score* clínico, con una calificación máxima de 6 puntos (riesgo muy alto de desarrollar sobrepeso y obesidad) y una mínima de 0 puntos (riesgo mínimo). El 100% de los preescolares que obtuvieron una calificación de 6 puntos y el 2% con puntuación de 0 padecían sobrepeso u obesidad. La sensibilidad del *score* se calculó en 56,8%, con una especificidad de 98,7%, valor predictivo positivo 93,3% y valor predictivo negativo de 87,5%.

Conclusiones: Existen factores de riesgo, que en conjunto, pueden predecir cuantitativamente el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad en preescolares mediante un *score* clínico. Se concluye que el *score* creado constituye una herramienta para establecer un futuro riesgo de sobrepeso y obesidad en los primeros años de la infancia.

ID 400

Valoración de 2 esquemas de tratamiento en pacientes pediátricos con constipación crónica funcional

Carlos Iván Oyervides-García, Benjamín Garza-de Luna y Óscar Téllez-Reynoso. Hospital del Niño "Federico Gómez". Saltillo, Coah., México. oyervides@interclan.net

Antecedentes: El tratamiento de la constipación crónica funcional (CCF) se basa en los siguientes principios: desimpactación, terapia de mantenimiento con laxantes y educación del niño y la familia. Existe gran diversidad de laxantes utilizados para el manejo de niños con CCF. Actualmente hay tendencia hacia el uso de polietilenglicol 3.350 (PEG). Se ha documentado que el incremento en el aporte de fibra en la dieta dentro del manejo de este grupo de pacientes tiene un efecto benéfico en su patrón evacuatorio.

Objetivo: Evaluar el efecto del CCF en el manejo del niño con constipación crónica funcional.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, observacional y comparativo. Se incluyeron niños mayores de 4 años con constipación crónica funcional. Se definió constipación crónica funcional de acuerdo a los criterios de Roma III. Se formaron dos grupos: El grupo manejado sólo con dieta que sirvió de control y el grupo manejado con polietilenglicol 3.350 a razón de 10 a 34 g por día. En cada visita se interrogó el número de evacuaciones a la semana, la sintomatología acompañante, y los efectos secundarios del laxante. Se consideró criterio de éxito al incremento significativo en la frecuencia semanal de evacuaciones con remisión de la sintomatología acompañante. El análisis estadístico fue con prueba de *ji cuadrada* o exacta de Fisher para variables cualitativas y prueba *t* de Student para las variables cuantitativas. Se consideró significancia estadística cuando el valor de *p* fue $< 0,05$.

Resultados: Se incluyeron a 71 pacientes. Cuarenta en el grupo control y 39 en grupo problema. No hubo diferencias demográficas en ambos grupos. El número de evacuaciones al iniciar el estudio no tuvo diferencias intergrupales, los niños manejados con dieta tenían 3,7 evacuaciones a la semana y los tratados con PEG 3,0 ($p=0,22$). El tiempo promedio de seguimiento fue 43,3 meses. El número de evacuaciones al final del estudio no tuvo diferencia; los niños manejados con dieta tuvieron 7,5 evacuaciones a la semana y los tratados con PEG 6,6 ($p=0,07$). Aunque todos los pacientes tuvieron un incremento en el número de evacuaciones al final del seguimiento, se consideró que hubo éxito terapéutico de acuerdo a la definición operativa en el 88,46% de los casos, 90,25% en el grupo manejado con dieta y ejercicio y 86,67% en los tratados con PEG, sin haber diferencia significativa entre ambos grupos ($p=0,71$). Cuatro pacientes de cada grupo continuaron manifestando algún síntoma después del tratamiento siendo lo más frecuente dolor abdominal y dolor anal. Un paciente tuvo un evento de vómito acompañado por fiebre, sin que se pudiera relacionar con certeza a la constipación. Ninguno de los pacientes que utilizaron PEG refirió algún efecto secundario y los familiares de todos ellos reportaron que el laxante fue aceptado sin dificultad por los niños.

Conclusiones: Es de gran importancia que el paciente y su familia tomen conciencia de que al largo plazo, sólo la adopción de un estilo de vida en que se enfatice el consumo de una dieta rica en fibra conseguirá un control apropiado de la constipación y que el uso de laxante no es indispensable en muchas ocasiones pero es un buen coadyuvante.

ID 401

Agnesia de vesícula biliar y coledocolitiasis. Reporte de un caso

Julio Alvarado-Lezama, Silvia Meneses-Cortés, Eugenio García-Cano, Zabdi Keyla Márquez-García y José Antonio Simg-Arriaga. Unidad Médica de Alta Especialidad IMSS, General Manuel Ávila Camacho. Puebla, Pue., México. surgery_allez@yahoo.com.mx

Introducción: La agnesia de la vesícula biliar se informó por primera vez por Lemery y Bergman en 1701. Es una rara anomalía congénita, usualmente asintomática, con incidencia estimada de 10 a 65 por 100.000 habitantes (0,007%-0,27% en la población general). Hasta el 23% de los pacientes presentan sintomatología con mayor frecuencia, dolor en hipocondrio derecho. La presencia de coledocolitiasis en estos pacientes varía entre el 25%-50%. Presentamos el reporte de un caso así como la elección de tratamiento quirúrgico. **Caso clínico:** Paciente femenino de 46 años de edad presentando dolor en hipocondrio derecho de un mes de evolución, sin relación con la ingesta de alimentos, irradiación a fosa renal ipsilateral, y pico febril único. Presentando previamente síndrome icterico por una semana con remisión espontánea, una semana previa a ingreso presenta patrón colestásico, con hiperbilirrubinemia (bilirrubina

total 4,9 mg/dL, bilirrubina directa 3,51 mg/dL, bilirrubina indirecta 1,39 mg/dL). Se realiza ultrasonido de hígado y vías biliares, sin observar vesícula biliar en fosa vesicular. Se realiza colangiografía por RM (TSE-T2), se observa la vía biliar intrahepática con aumento en sus dimensiones y la vía extrahepática heterogénea por la presencia de múltiples imágenes, redondeadas, con ausencia de señal, que modelan los bordes de la misma en relación a litos.

Se realiza colangiografía retrograda endoscópica observándose dilatación del colédoco 20 mm, abundantes litos mayores a 2 cm en la totalidad de coledoco, se realiza esfinterotomía de 10 mm sin ser posible extraer litos.

Resultados: Se realiza revisión sistemática de la cavidad peritoneal encontrando hígadomacrosópicamente normal, vesícula biliar ausente en topografía de segmentos IV y V, colédoco dilatado de 3 cm de diámetro, ocupado en todo su trayecto múltiples litos de 1 a 1,5 cm de diámetro. A lo anterior se decide realizar coledocotomía con exploración de vía biliar extrayendo satisfactoriamente en su totalidad dichos litos. La colangiografía transoperatoria corrobora lo anterior y hace evidente la ausencia de vesícula biliar con normalidad del árbol biliar. La paciente presenta buena evolución postoperatoria y es egresada en su día posquirúrgico.

Conclusiones: La agenesia de la vesícula biliar es la alteración congénita más infrecuente del sistema biliar y con gran frecuencia asintomática lo que ocasiona se realice su diagnóstico hallazgo en cirugía abdominal o *postmortem*. Estudios de gabinete como colangiografía resonancia y métodos de imagen contrastados de la vía biliar, la presencia de sintomatología biliar y la exploración quirúrgica confirman esta alteración congénita. La asociación de coledocolitiasis y agenesia vesicular es infrecuente y puede ser motivo por el cual se someta a un paciente a colangiopancreatografía retrograda endoscópica o cirugía.

ID 402

Hemocolecisto. Reporte de un caso

Julio Alvarado-Lezama, Eugenio García-Cano y Zabdi Keyla Márquez-García. Unidad Médica de Alta Especialidad IMSS, General Manuel Ávila Camacho. Puebla, Pue., México. surgery_allez@yahoo.com.mx

Introducción: El hemocolecisto, es la presencia de hemorragia en el interior de la vesícula biliar, descrito por Fitzpatrick en 1961. Es una rara patología asociada a diversos eventos, como neoplasias de la vesícula biliar, colecistitis, aneurisma de la arteria cística, hemobilia, traumatismos, alteraciones en la coagulación, cirrosis hepática y pacientes en tratamiento anticoagulante.

Caso clínico: Paciente masculino de 66 años edad, con antecedente de diabetes mellitus de larga evolución bajo tratamiento con insulina, hipertensión arterial sistémica de larga evolución bajo tratamiento con antagonistas de receptores de angiotensina II, con secuelas por evento vascular cerebral (hemiparesia derecha), antecedente de infarto agudo al miocardio tratado con trombólisis 20 días previos a padecimiento biliar, inicia con dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, acompañado de náusea y vómito glerobiliar en 2 ocasiones, se realiza estudio de imagen ultrasonido de hígado y vías biliares reportando, heteroecogenicidad en el interior de la vesícula biliar en todas sus porciones, con septos múltiples, pared de 5 mm, dimensiones 109 x 43 x 49 mm, volumen de 120 cc. Por lo cual se decide realizar colecistectomía.

Resultados: Se realiza colecistectomía abierta, con hallazgos de vesícula biliar de 8 x 6 x 5 cm a tensión, pared engrosada 5 mm sin litos en su interior, con abundantes coágulos y contenido hemático en el interior, arteria cística y conducto cístico de características macroscópicas sin alteraciones. Egreso hospitalario al 3° día.

Conclusiones: El paciente con hemocolecisto puede presentar múltiples escenarios clínicos. El sangrado inicialmente produce coágu-

los intravesiculares que causan distensión vesicular y cuadro clínico de colecistitis aguda. Si no hay tratamiento quirúrgico puede ocurrir perforación y originarse abdomen agudo con hemoperitoneo.

La colecistectomía urgente es el tratamiento de elección. La etiología puede ser causada por los efectos anticoagulantes, siendo en este caso la probable etiología de nuestro paciente. Pacientes con tratamiento anticoagulante y/o antiagregante plaquetario, ultrasonido con cambios sugerentes de hemocolecisto que presenten un cuadro clínico de colecistitis aguda, debemos sospechar la posibilidad de que el paciente presente hemocolecisto como efecto adverso del tratamiento, un correcto diagnóstico y cirugía temprana es la actitud terapéutica correcta.

ID 403

Papel de la molécula CD147 en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Gabriela Fonseca-Camarillo, Janette Furuzawa-Carballeda, Pablo de la Rosa-Leiva y Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. gabrielafter@gmail.com

Antecedentes: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende dos entidades clínicas: la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC). Los factores inmunológicos juegan un papel importante en la patogénesis de la EII. EMMPRIN (CD147) es una glucoproteína transmembranal de la familia de las inmunoglobulinas que se encarga de regular diversos procesos asociados a la inflamación como son: migración celular, quimioatracción, diferenciación, adhesión, activación de macrófagos y la síntesis de metaloproteinasas. En lupus sistémico eritematoso que es el prototipo de enfermedad autoinmune se ha visto que al administrar anticuerpos monoclonales anti-EMMPRIN, estos han sido capaces de atenuar el proceso inflamatorio por la inhibición de la activación de linfocitos T y diversos procesos asociados a la inflamación. En EII, se desconocen los niveles de expresión proteica de EMMPRIN y su localización en tejido intestinal. El objetivo del trabajo fue investigar la expresión proteica y localización de EMMPRIN en pacientes con EII y controles.

Materiales y métodos: Se incluyeron 20 pacientes con el diagnóstico confirmado de EII (10 CUCI y 10 EC con actividad grave) por histopatología y 10 pacientes controles (que no presentaran datos de ningún tipo de colitis: infecciosa, post radiación, isquémica). A partir de piezas quirúrgicas de resección intestinal de pacientes con EII y controles se realizaron cortes de los bloques de parafina. La detección de la proteína *in situ* se realizó mediante la técnica de inmunohistoquímica por el método de la peroxidasa y avidina-biotina con anticuerpos específicos (Santacruz) y la magnificación original fue de 20X.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes con EII (10 CUCI y 10 Crohn con actividad histológica grave, refractarios a tratamiento médico). Los pacientes con CUCI presentaron infiltrados inflamatorios abundantes, predominantemente de células mononucleares, los cuales se extendían desde la capa serosa hasta la mucosa, siendo más abundantes a nivel del epitelio.

En todos los casos se observó una destrucción importante de la mucosa. En lo referente a la producción de la proteína CD147 se observó una correlación histomorfológica de la síntesis de esta inmunoglobulina con las células mononucleares, predominantemente de estirpe macrófaga. La expresión de CD147 o EMMPRIN a nivel de proteína es menor en el grupo de pacientes con Crohn en comparación con los pacientes con CUCI, que se encuentra aumentada su expresión en el infiltrado inflamatorio de la mucosa, submucosa, serosa y muscular. En las células epiteliales del colon de pacientes controles se encuentra negativa la tinción.

Conclusiones: Es el primer estudio que demostró aumento de la expresión proteica de CD147 o EMMPRIN en pacientes con EI, lo cual sugiere que esta molécula se encuentra involucrada en la fisiopatología de la EI y podría ser considerada en el futuro como un blanco terapéutico.

ID 405

Evaluación manométrica del esfínter esofágico superior en pacientes con manifestaciones esofágicas y extraesofágicas de ERGE

Nuria Pérez-y López, Edgardo Suárez-Morán, Felipe Zamarripa-Dorsey, Elí García-Ruíz, Sherezada Mejía-Loza, Eumir Israel Juárez-Valdés y Eduardo Cárdenas-Lailso. Hospital Juárez de México, Hospital Español de México. México, D.F. sonelle74@hotmail.com

Antecedentes: Las manifestaciones extraesofágicas de reflujo incluyen síntomas pulmonares y otorrinolaringológicos. El esfínter esofágico superior (EES) es la barrera física contra la entrada del material refluido a la faringe y vías aéreas, sin embargo, su presión es variable y hace suponer que su disminución favorece el reflujo esófago-faríngeo.

Objetivo: Describir las alteraciones manométricas del EES en pacientes con síntomas esofágicos y extraesofágicos de reflujo. Evaluar si existe asociación de hipotonía del EES con las manifestaciones extraesofágicas. Identificar la frecuencia de pacientes con ERGE y síntomas extraesofágicos.

Materiales y métodos: Se revisaron los expedientes de pacientes con sintomatología de ERGE típicas y extraesofágicas de un periodo de 8 años. En todos se corroboró ERGE por endoscopia o pHmetría. Se registraron los hallazgos manométricos del EES y variables como género, edad, síntomas esofágicos y extraesofágicos. Los datos obtenidos fueron comparados con un grupo control (sujetos sanos). El análisis estadístico se realizó con las pruebas de *t* de Student y *ji cuadrada*.

Resultados: Incluimos 235 pacientes con ERGE demostrado por endoscopia o pHmetría de 24 horas, los cuales fueron divididos en: grupo I, ERGE con síntomas esofágicos (151), grupo II, ERGE con síntomas extraesofágicos (84) y fueron comparados con un grupo control de 25 sujetos asintomáticos grupo III. De los pacientes con ERGE el 62% fueron hombres. Tanto en el grupo I como en el grupo II las presiones del EES fueron significativamente menores que las del grupo control ($p=0,000$). No hubo diferencia estadísticamente significativa al comparar las presiones del EES entre los grupos I y II. En cuanto al pico de la presión faríngea y coordinación faringo-esofágica hubo diferencia significativa al comparar a los pacientes con ERGE con el control ($p=0,000$). Sin embargo, la relajación del EES fue similar en los 3 grupos. La tos crónica fue el síntoma extraesofágico más frecuente (66,6%).

Conclusiones: Observamos que hay asociación entre ERGE e hipotonía del EES, aunque hay tendencia a la hipotonía, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre las presiones registradas en pacientes con síntomas extraesofágicos y los pacientes con síntomas esofágicos de ERGE. En cuanto a la distribución por género, observamos que la hipotonía fue más frecuente en hombres.

ID 406

Leiomioma de alto grado causante de intususcepción en un adulto: reporte de caso

Gerardo Alfonso Morales-Fuentes, Angélica Arredondo-Martínez, Gabriel Galván-Salazar y Adrián Alejandro Carballo-Zarate. Hospital Español de México. México, D.F. gerar3d@yahoo.com

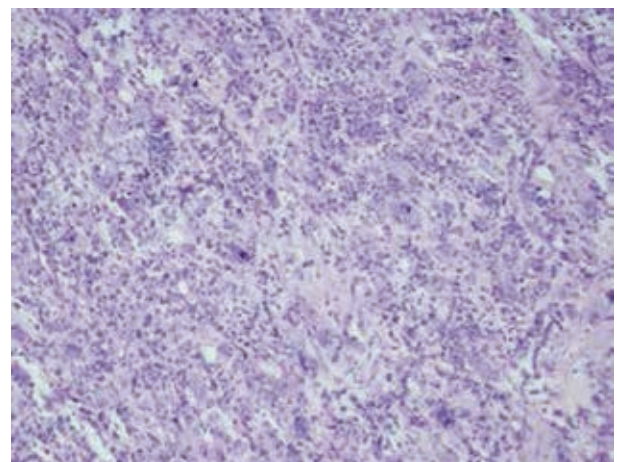
Introducción: En un estudio de 14 años en EUA acerca del cáncer de intestino delgado, de un total de 10.945 casos; el 10% correspondió a sarcomas y de ellos el 28% a leiomioma. La supervivencia a 5 años fue de 44% en este tumor. En cuanto al diagnóstico, hasta hace poco, el intestino delgado no era totalmente accesible a técnicas endoscópicas, dejando sólo el campo para las técnicas de imagenología radiológica que pueden identificar masas, pero su sensibilidad es limitada para tumores pequeños y no es posible diferenciar entre los diferentes tipos. La cápsula endoscópica y la enteroscopia han venido a revolucionar lo anterior. La intususcepción es causa de obstrucción intestinal en adultos en 5% de los casos; 90% es debida a neoplasias malignas. El origen de este tumor es en las fibras del músculo liso y tiene una incidencia anual de 1/1.000.000. Se ha reportado que hasta en 40% de los casos existe cierto grado de intususcepción en torno a la tumoración.

Caso clínico: Femenino de 82 años de edad con distensión abdominal posprandial y epigastralgia progresiva de 2 meses de evolución, acompañada de náusea, vómito y pérdida ponderal de 10 Kg. Se realiza endoscopia sin hallazgos significativos, se realiza ultrasonido y se evidencia colecistitis crónica litiásica, por lo que se realiza colecistectomía laparoscópica. Una semana después de la cirugía presenta cuadro de oclusión intestinal, por el que es reintervenida quirúrgicamente de urgencia. Se identifica intususcepción intestinal secundaria a un tumor en ileon a 50 cm de la válvula ileocecal, de 12 x 4 cm, confinado aparentemente a intestino únicamente, se reseca el segmento y se realiza enteroanastomosis, no se identifican otras lesiones aparentes. Se diagnostica histopatológicamente leiomioma intestinal pleomórfico de alto grado. Actualmente, la paciente continúa su seguimiento a 4 meses del diagnóstico en centro oncológico y se han detectado lesiones metastásicas en hígado y pulmón (fig. 1).

Discusión: El cáncer de intestino delgado es poco frecuente, su presentación en mujer mayor a 60 años y en el ileon es aún más raro. La presentación particular en este caso de dolor abdominal y con hallazgo de colecistitis crónica litiásica retrasó el diagnóstico, llevando a obstrucción intestinal con descompensación de la paciente, siendo necesario una intervención urgente, con los hallazgos transoperatorios comentados. Es importante en pacientes de mayor edad considerar siempre la etiología oncológica, así como estudios de imagen confirmatorios. En retrospectiva, la presentación del caso con obstrucción por intususcepción hace evidente la presencia de un tumor a nivel intestinal, desafortunadamente en este caso, por la histopatología encontrada, el pronóstico de la paciente es malo.

Conclusión: El escrutinio gastrointestinal en pacientes mayores a 60 años con panendoscopia y colonoscopia quizá se vería beneficiado con la realización de al menos una cápsula endoscópica, claro con el respectivo incremento de costos que conlleva.

Figura 1 Imágenes.





ID 410

Duodenalización del estómago porcino: el modelo "ideal" para el entrenamiento de la esfinterotomía y colocación de prótesis biliares

Jacobo Velázquez-Aviña, Carlos Chávez-Vargas y Sergio Sobrino-Cossío. Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F. jacobo.velazquez@hotmail.com

Antecedentes: La CPRE es efectiva para tratar enfermedades pancreatobiliares. Las guías recomiendan un número mínimo para medir la competencia. El entrenamiento en simuladores aumenta habilidades y destrezas sin riesgo. Los modelos animales *ex vivo* son factibles por coste, sensación táctil, elasticidad y retroalimentación.

Objetivo: Describir un modelo mixto *ex vivo* para el entrenamiento de la esfinterotomía endoscópica y colocación de prótesis biliares.

Material y método: Creamos una neopapila (corazón de pollo) reforzada con mucosa esofágica, conducto biliar (tráquea de pollo) y neoduodeno (estómago porcino). Eliminamos moco y conservamos bajo refrigeración (-4°C). La neopapila y conducto biliar fueron fijados sobre el neoduodeno y colocados dentro de una caja plástica. Fue realizado en Instituto Nacional de Cancerología. Evaluamos factibilidad, recreación (esfinterotomía y colocación prótesis), tiempo promedio y complicaciones.

Resultados: Diez neopapilas fueron simuladas sobre el estómago porcino (neoduodeno); la manipulación fue necesaria para mantener el eje en un caso. Se recrearon varias formas de neopapila. El promedio de canulación fue 11 ± 5 minutos. La esfinterotomía endoscópica fue satisfactoria y se colocó prótesis biliar "casera" 10Fr (tiempo 4 ± 1 minutos). No hubo falsa vía ni problemas técnicos con el modelo.

Conclusión: El modelo *ex vivo* con neopapila, vía biliar y neoduodeno creado con bloques de pollo y cerdo es factible para el entrenamiento de la esfinterotomía endoscópica y la colocación de prótesis biliares. La simulación con este modelo permite realizar n repeticiones e incrementa la destreza por su similitud con la realidad.

ID 411

Endolifter®, una nueva herramienta para una segura y rápida disección endoscópica submucosa

Ricardo Sato-Uemura, Christiano Sakai, Ricardo Duarte-Jordão, Eduardo Guimarães Horneaux-de Moura, Jacobo Velázquez-Aviña,

Sergio Sobrino-Cossio y Paulo Sakai. Universidad de Sao Paulo. Sao Paulo, Brasil. jacobo.velazquez@hotmail.com; jacovelazquez@gmail.com

Antecedentes: La disección endoscópica de la submucosa (ESD) tiene una efectividad similar a la cirugía en el tratamiento de las lesiones incipientes. La técnica requiere un alto nivel de destreza técnica. El entrenamiento en modelos biológicos y el perfeccionamiento de accesorios facilita la ESD.

Objetivo: Evaluar la utilidad del Endolifter® para facilitar la exposición tisular durante la ESD en modelo *in vivo* porcino.

Material y método: Diseño experimental en modelo porcino *in vivo*. Realizado en el laboratorio de cirugía experimental de la Escuela de Medicina de la Facultad de Sao Paulo, Brasil. Se incluyeron un total de 5 cerdos Yorkshire peso de 20-25 Kg. Las ESD se realizaron usando el dispositivo Endolifter®. Se empleó un *Dual Knife* y *IT Knife* para la disección de la capa submucosa. Todos los procedimientos endoscópicos fueron realizados por un único endoscopista experto.

Resultados: Fueron 25 ESD. Tasa de éxito técnico de 100%. Todas con márgenes libres. El tiempo promedio de la disección fue de 8,5 min (2,3 a 3,2) y del tamaño de las lesiones de 8,8 mm (8 a 10). No se presentaron hemorragia temprana o tardía ni perforación en ninguna.

Conclusiones: El Endolifter® permite realizar disecciones endoscópicas submucosas de manera rápida y eficaz, acortando el tiempo total de la disección y disminuyendo la tasa de hemorragia y perforación. Es factible, de fácil uso y puede ser empleado por un solo operador.

ID 412

Efecto hemostático de la celulosa oxidada regenerada posresección de mucosa gástrica en modelo experimental en conejo y puerco

Jacobo Velázquez-Aviña, Carlos Chávez-Vargas, Paulo Sakai, Eduardo Montalvo-Javé, Angélica I. Hernández-Guerrero y Sergio Sobrino-Cossío. Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F. jacobo.velazquez@hotmail.com

Antecedentes: La hemorragia por resección mucosa aumenta durante la terapia anticoagulante; suspenderla incrementa riesgos (tromboembólicos). Las guías recomiendan como reducirlos. Los agentes tópicos facilitan activación y agregación plaquetaria. No hay reportes sobre su uso en mucosa intestinal.

Objetivo: Comparar eficacia hemostática sobre lecho gástrico con celulosa oxidada regenerada COR (poros abiertos vs. cerrados) posresección de mucosa y la factibilidad para su introducción por endoscopia.

Material y método: Diseño experimental con terapia anticoagulante en Unidad de Cirugía Experimental (Facultad de Medicina de la UNAM) y Laboratorio de Cirugía Experimental de la Escuela de Medicina de la Facultad de Sao Paulo, Brasil.

Intervención: conejos (machos, raza Nueva Zelanda de 3,5-5,0 Kg): gastrotomía, heparina IV (50 UI/Kg) y resecciones (2; 1,5 cm). Colocamos hemostático (aleatorio). Observación a $22 \pm 2^\circ\text{C}$ y humedad relativa 65%-70%, ayuno y agua *ad libitum*.

Cerdos (machos, raza Yorkshire de 20-25 Kg): heparina IV (50 UI/Kg), anestesia y DES 20 mm (IT-Knife-2 y Endolifter®, Olympus). Evaluamos factibilidad (malla) de introducción. Estadística: no aplica. Aspectos éticos: legislaciones vigentes de ambos países.

Resultados: Primera fase: 8 resecciones. Poros cerrados mayor rapidez hemostasia (3 min vs. 30 segundos). COR: hemostasia satisfactoria 24 horas, sin complicaciones ni mortalidad (ambas).

Segunda fase: 5 DES; introducción endoscópica (malla) con cierta dificultad para liberación. A pesar de anticoagulante y corte 70 W (corte) no se reprodujo HGI post-DES.

Conclusiones: El efecto hemostático de COR con poros cerrados fue superior a abiertos para resección de mucosa. La introducción y liberación de malla (endoscópica) es factible.

ID 415

En busca del colchón submucoso perfecto. Conversión de estado líquido a plasma

Jacobo Velázquez-Aviña, Miguel Ángel Herrera-Enríquez, Andrés Eliú Castell-Rodríguez y Sergio Sobrino-Cossío. Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F. jacobov.avelazquez@hotmail.com

Antecedentes: La resección endoscópica submucosa tanto en su modalidad de REM (resección endoscópica submucosa) como en DES (dissección endoscópica submucosa) son empleadas con la finalidad de extirpar en un solo bloque lesiones benignas y malignas en etapa temprana de todo el tracto gastrointestinal. La DES reduce el riesgo de recurrencia local, aunque también ha sido asociada a una mayor tasa de complicaciones como la hemorragia y perforación. El aumento sostenido del espacio submucoso con soluciones inyectables incrementa la eficacia y reduce la tasa de complicaciones durante el procedimiento. Existen múltiples agentes para crear el colchón submucoso.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una matriz de plasma (MP) inyectada en estado físico líquido y su conversión a estado de plasma en el espacio submucoso.

Material y métodos: Diseño experimental (modelo murino). Laboratorio de Biología Molecular e Ingeniería de Tejidos de la Facultad de Medicina de la UNAM. Animales: Ratas macho, Wistar 200-250 g. Procedimiento: Aplicación líquida de una MP en el espacio submucoso y posterior mucosectomía en cara anterior y posterior del cuerpo gástrico. Evaluación: elevación del espacio submucoso, hemorragia inmediata, daño a capas adyacentes, inflamación (NOM-062-ZOO-1999).

Resultados: Ocho resecciones previa elevación del espacio submucoso. Tres mm elevó 7 mm. Hemostasia permanente. No hubo daño a capas adyacentes (*muscularis mucosae* ni muscular propia). Histología: incremento del espacio submucoso, base de fibrina, no incremento ni migración de leucocitos.

Conclusiones: La matriz de plasma introducida en estado líquido y su posterior conversión a estado plasmático fue eficaz en modelo murino *in vivo* para mantener elevado el espacio submucoso y mantener la hemostasia inmediata, sin causar daño a capas adyacentes ni producir datos de inflamación aguda.

ID 416

Estreñimiento e incontinencia: ¿hiposensibilidad rectal?

Greta Auxiliadora Huete-Sandoval, Edgardo Suárez-Morán, Yolanda Zamorano, Alejandra Pérez-Arellano, José María Tobar, Francisca Martínez-Silva y Carlos Alberto Vargas-Bravo. Hospital Español. México, D.F. gretahuete@yahoo.com

Antecedentes: La percepción sensorial intacta es esencial para mantener la continencia y evacuación normal. En cambio la hiposensibilidad rectal (HR), se ha reportado en el 60% de los pacientes con trastornos anorrectales y el mecanismo subyacente no se conoce. La distensión de la pared rectal evoca respuestas motoras reflejas que son controlados por inervación intrínseca y extrínseca.

Objetivo: Valorar cambios en el reflejo recto anal contráctil y la respuesta sensorial motora en pacientes referidos por estreñimiento e incontinencia fecal y compararlo con un grupo control sano.

Materiales y métodos: Se tomaron todas las manometrías anorrectales de 2010 a 2012 referidas por estreñimiento (n=11) e incontinencia (n=17), se seleccionaron las que cumplían con los criterios de inclusión (n=28) y se compararon con 14 pacientes sanos. Se realizaron análisis descriptivos de las variables.

Para identificar diferencias significativas entre grupos en relación a una variable numérica o cuantitativa se aplica la prueba de ANOVA, cuando la variable categórica estaba formada por más de 2 grupos y para comparar variables independientes se utilizó *t* de Student. Se consideró que una asociación o diferencia fue estadísticamente significativa, cuando el valor de *p* fue <0,05.

Resultados: En la incontinencia, la presión de los esfínteres, la corta longitud del canal anal y la sensibilidad rectal están alteradas sin embargo, en el estreñimiento las presiones de los esfínteres no parecen ser relevantes, ni la longitud del canal anal, pero si la sensibilidad rectal.

Conclusiones: Los pacientes incontinentes y estreñidos tienen alteración en el volumen umbral para la primera sensación y en los reflejos recto-anales.

ID 417

Material de sutura de muñón cístico como matriz de coledocolitiasis. Informe de un caso

Greta Auxiliadora Huete-Sandoval, Martín Antonio Manrique, Miguel Ángel Chávez-García, Ernesto Pérez-Valle, Nicolás Santiago Gómez Peña-Alfaro, Héctor Espino-Cortez y Carlos Alberto Vargas-Bravo. Hospital Juárez de México. México, D.F. gretahuete@yahoo.com

Introducción: La presencia de cuerpos extraños como núcleo para la formación de litos son reportados de forma extraordinaria, principalmente hoy, cuando la colecistectomía abierta ha sido sustituida por la colecistectomía laparoscópica. Actualmente, se reportan grasas como cuerpos extraños que son utilizadas en laparoscopia y es raro encontrar material de sutura.

Caso clínico: Hombre de 67 años de edad, diabético. Hace 2 años colecistectomía abierta de urgencia por piocolecisto. Durante la cirugía se encontró vesícula de 13 x 6 x 6 cm, con múltiples litos en su interior y conducto cístico de 6 mm.

Acude al hospital por dolor abdominal en cuadrante superior derecho provocado por colecistocinéticos que mejora a la ingesta de analgésicos antiespasmódicos, vómitos ocasionales e ictericia conjuntival. Exploración física: Ictericia conjuntival, dolor a la palpación abdominal en cuadrante superior derecho. Laboratorios: bilirrubina total: 7,3 mg/dL, bilirrubina directa: 5,6 mg/dL, TGO: 71 UI/L y TGP: 72 UI/L, fosfatasa alcalina: 844 UI/L, GGT: 2512 UI/L, leucocitos: 13.290. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: colédoco de 20 mm, con defecto de llenado negativo, ovoide, de 17 x 38 mm, muñón cístico dilatado. Se realizó esfinterotomía y litotripsia con canastilla de Dormia, al fragmentar el cálculo de color café oscuro y extraerlo se encuentra material de sutura de aproximadamente 3 cm, color negro, anudado y de características macroscópica compatibles con seda.

Aún cuando es extremadamente inusual la formación de cálculos alrededor de material de sutura, conviene considerar el uso de material de sutura absorbible sintético para ligadura del conducto cístico sobre todo si está dilatado y así evitar nuevos casos.

ID 419

Prevalencia de síntomas gastrointestinales superiores en pacientes con diabetes mellitus y factores asociados: un estudio prospectivo utilizando el cuestionario PAGI SYM

Yolopsi de Jesús Sánchez-Maza, Esperanza Valentín Salas, Arturo Meixueiro-Daza, Fermín Martínez-de Jesús, Estefany Pilar Baca-Queiro, Antonio de Jesús Hernández-López, José Miguel Arano-Acua y José María Remes-Troche. Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver., México. jose.remes.troche@gmail.com

Antecedentes: Hasta un 76% de los pacientes que acuden a consulta por diabetes mellitus (DM) han reportado mostrar uno o más síntomas gastrointestinales, y 50%-55% de los pacientes refiere tener síntomas gastrointestinales (GI) superiores. Se ha sugerido que los síntomas reflejan una motilidad anormal GI como una manifestación de la neuropatía autonómica irreversible. Aunque la neuropatía autónoma explica en gran medida los trastornos de la motilidad digestiva en estos sujetos, posiblemente existen otros factores implicados, como la disfunción eléctrica gástrica y un efecto directo de la glucemia, la evidencia para apoyar este concepto, sin embargo, es limitada en nuestro país.

Objetivo: Determinar la prevalencia y asociación entre los síntomas gastrointestinales en pacientes con diabetes mellitus y sus factores asociados.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prolectivo, transversal y comparativo, en el cual se aplicaron los cuestionarios PAGI SYM y PAGI QOL (versiones validadas en español) a sujetos con diabetes mellitus tipo 2 que llegaron a 2 centros de referencia desde octubre 2012 a Julio 2013. El cuestionario PAGI SYM es un cuestionario de 20 preguntas que utilizando escalas tipo Likert, evalúa 6 subdominios que son: agruras y regurgitación, saciedad y plenitud, náusea y vómito, distensión abdominal, dolor abdominal epigástrico y dolor abdominal bajo. A mayor puntaje mayor intensidad de los síntomas. Se utilizó estadística descriptiva usando proporciones para las variables categóricas y promedio para las variables nominales. La prevalencia de síntomas GI se expresara en proporciones. Se realizará una comparación entre los pacientes con DM y síntomas GI y los que no reportan síntomas GI y se compararon estos grupos.

Resultados: Se incluyeron 100 sujetos (27% hombres), con una edad promedio 56,4 años (rango 27 -83). El tiempo promedio de evolución de la DM fue de 12,6 años y el promedio de Hb glucosilada fue de 10,1. Veintiocho sujetos tuvieron neuropatía, 21% retinopatía, 13% nefropatía y 18% pie diabético. El 77% consumían metformina. El 80% de los pacientes tuvieron al menos un síntoma GI. La presencia de síntomas GI más comunes de acuerdo al PAGI SYM fueron: llenura posprandial 39%, agruras 36%, náusea 33%, regurgitaciones 30%, 27% pirosis nocturnas, dolor abdominal 27%, saciedad temprana 25%, dolor epigástrico 25, y vómitos 13%. La presencia global de síntomas compatibles con gastroparesia fue de 51%. Los factores asociados a síntomas GI se muestran en la tabla 1 (* $p < 0,05$).

Conclusiones: El 80% de los pacientes con DM tipo 2 tienen al menos un síntoma GI, siendo los más frecuentes los síntomas asociados a gastroparesia. Los factores asociados a la presencia de síntomas GI fueron el descontrol glucémico y la presencia de neuropatía y retinopatía.

Tabla 1 Factores asociados a síntomas GI

	DM con síntomas GI (n=80)	DM sin síntomas GI (n=20)
Edad (años)	55,8	58,4
Tiempo de evolución DM (años)	12,2	14,5
Hb glucosilada (promedio)	12,2 *	7,59
Glucemia (promedio mg/dL)	175 *	138
Retinopatía (%)	23% *	10%
Neuropatía (%)	34% *	5%

ID 422

Asociación entre la lesión serrada en pacientes con cáncer colorrectal esporádico

Joel Omar Jáquez-Quintana, Daniela González-Ávila, Carlos Roberto-Tuñón, Eduardo Fenocchi y Sergio Sobrino-Cossio. Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F. jomjaqui@hotmail.com

Antecedentes: El 90% del cáncer colorrectal (CCR) se originan en adenomas. El screening estratifica el riesgo y reduce la mortalidad. Las lesiones serradas (LS) son precursores de CRC esporádico (15%-20%). La secuencia se relaciona con historia familiar. El riesgo en LS > 10 mm es 5,36 y en proximales de 9,0.

Objetivo: Evaluar la asociación entre LS en CCR esporádico.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo: 1) historia CCR (grupo 1) y 2) cáncer extracolónico (estómago, mama, piel y vías biliares) en Instituto Nacional de Cancerología. Evaluamos datos clínico-demográficos, edad, sexo e IMC, características de adenoma y LS; sincrónico y metacrónico.

Análisis estadístico: prueba *ji cuadrada*, *t* de Student, U de Mann-Whitney y RM con IC95%. Significancia 0,05.

Resultados: Grupo 1 n=126 y 2 n=88 (214, edad 62 ± 13 años, 40% hombres). Hubo diferencia estadística: Edad (60 vs. 64; $p=0,03$), mujer (50% vs. 75%; $p=0,0001$), LS (75% vs. 24,5%; $p=0,005$) y adenomas (54% vs. 46%; $p=0,05$); pero no para IMC. Grupo 1: adenoma 71% (n=89) y LS 29% (n=37); 47% y 59% sincrónicos y 53% y 41% metacrónicos, respectivamente. La RM fue 2,6 (IC95%=1,2-5,4; $p=0,008$) para CCR en LS sin asociación con CCR derecho. La mayoría fueron sésiles >10 mm ($p=0,4$). Comparamos 49/165 (29%) adenomas con 49 LS; observamos diferencias en edad ($p=0,03$), riesgo basal CRC ($p=0,004$), tamaño >10 mm (LS 45% vs. adenoma 22,5%; $p=0,01$) y localización (LS 47% vs. adenoma 33%; $p=0,01$). El 39% adenomas y 14% LS tuvieron más de una lesión ($p=0,001$).

Conclusiones: La RM para CCR en sujetos con lesiones serradas fue 2,6 (IC95%=1,2-5,4; $p=0,008$). No hubo asociación estadísticamente significativamente entre CCR derecho y LS ($p=0,4$).

ID 427

Predictores ecoendoscópicos y clínicos de irresecabilidad en el cáncer de páncreas y del ámpula de Váter

Alejandro José Moncada-Urbina, José Guillermo de la Mora-Levy, Juan Octavio Alonso-Lárraga, Sergio Sobrino-Cossio, Daniela González-Ávila, Ernesto Molina-Frías y Angélica I. Hernández-Guerrero. Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F. alejandromoncada77@hotmail.com

Antecedentes: El cáncer de páncreas (CAP) y ámpula de Váter (CAV) tienen frecuencia, comportamiento biológico y pronóstico diferentes aunque comparten criterios de irresecabilidad (carcinomatosis, metástasis o invasión vascular). Menos del 20% son candidatos quirúrgicos al momento del diagnóstico. Existen predictores de irresecabilidad y de invasión vascular (IV); este último predice irresecabilidad y mal pronóstico posresección.

Objetivo: Evaluar criterios clínicos y ecoendoscópicos predictores de irresecabilidad en el CP y del CAV.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo. Cincuenta y cuatro de 203 fueron incluidos, evaluados preoperatoriamente mediante TAC y USE+BAAF. Seleccionamos >18 años, ambos sexos, cáncer confirmado, y operados con intento curativo. Capturados datos clínico-demográficos, edad, sexo, IMC, índice Karnofsky, mediciones

bioquímicas, y USE (tamaño tumoral, invasión vascular y ganglionar).

Resultados: 54 pacientes (mujeres 59,2%; edad $54,4 \pm 11,3$ años e IMC $24,3 \pm 3$ Kg/cm²); 32 CAV y 22 CP. No hubo diferencias entre grupos de resecabilidad para edad ($p=0,7$), IMC ($p=0,7$), IK ($p=0,3$), Hb ($p=0,3$) y albúmina ($p=0,6$). BD fue mayor en irresecables ($p=0,04$). No hubo diferencias en fosfatasa alcalina ($p=0,4$) y CA 19-9 ($p=0,1$). Predictores de irresecabilidad: edad >60 años RM 1,8 (IC95%=0,5485-6,3531), IMC <25 4,7 (IC95%=1,4208-1,5728), CA19,9 >300 mg/dL 2,7 (IC95%=0,7153-10,7202), BD >2 mg/dL 2,25 (IC95%=0,7044-7,1873), FA >300 mg/dL 1,56 (IC95%=0,4989-5,0468) y albúmina $<3,5$ g/dL 1,28 (0,3912-4,1904).

La Kappa entre USE y TAC para resecabilidad fue 0,37 (IC95%=-0,185 a 0,929).

El tamaño tumoral no fue predictor para IV ($p=NS$); >25 mm la RM fue 2,9 (IC95%=0,89-9,368; $p=0,3$) para irresecabilidad. La detección de IV fue mayor en irresecables; hubo diferencias USE-cirugía (14 vs. 63%). La concordancia observada fue 100% en resecables (14% IV). No hubo diferencia entre tiempo (días) USE-cirugía (52 vs. 43; $p=0,7$).

Conclusiones: Los criterios clínicos (IMC), bioquímicos (BD, FA y CA 19-9) y tamaño >25 mm predicen irresecabilidad; la detección por USE de invasión vascular limítrofe fue alta en casos resecables.

Tabla 1 Criterios que definen el status de resecabilidad según *National Comprehensive Cancer Network Guidelines* versión 2013.

Tumores considerados localizados y claramente resecables:

- Sin metástasis a distancia.
- Sin evidencia radiográfica de distorsión de la vena mesentérica superior y/o vena porta.
- Plano graso libre entre el eje celiaco, la arteria hepática y arteria mesentérica superior.

Tumores considerados "límitrofes de resección" incluye los siguientes:

- Sin metástasis a distancia.
- Envolvimiento de la vena mesentérica superior o vena porta sin distorsión o estrechamiento de la vena u oclusión de la vena con un segmento de vaso viable proximal y distalmente que permita una resección segura y reconstrucción.
- Envolvimiento de la arteria gastroduodenal hasta el nivel de la arteria hepática con encasillamiento o contacto directo corto de la misma sin extensión al eje celiaco.
- Infiltración del tumor a la arteria mesentérica superior que no exceda más de 180° de la circunferencia de la pared del vaso.

ID 428

Alteraciones en la manometría esofágica en pacientes con sobrepeso u obesidad y síntomas de reflujo gastroesofágico

Nereo Guillermo Salas-Lozano, Coty González-Fernández, Laura Dalila Pineda-Figueroa y Edgardo Suárez-Morán. Hospital Español de México. México, D.F. nereosalas@gmail.com

Antecedentes: El sobrepeso y la obesidad, fueron etiquetados como epidemia por la Organización Mundial de la Salud desde 1998.

Según la Encuesta Nacional de Salud en Nutrición 2012: 69,4% de los hombres y el 73% de las mujeres adulto

as, tienen un grado de sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad se consideran un factor de riesgo para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. El mecanismo de asociación entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el aumento del índice de masa corporal, no está del todo claro, puede deberse a efectos mecánicos que alteran la estructura y/o la función de la barrera gastro-esofágica.

Objetivo: Identificar las alteraciones esofágicas mediante manometría convencional, que justifiquen la relación entre el aumento de los síntomas de reflujo gastroesofágico con el sobrepeso y la obesidad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se analizaron los resultados de la manometría esofágica de 193 pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico. A todos los pacientes se les midió peso y talla, para obtener su índice de masa corporal. Mediante la prueba de *ji cuadrada* se comprobaron la homogeneidad y comparabilidad de los subgrupos estudiados, así como los grados de asociación con los factores de riesgo identificados. Se aplicó el análisis de varianza de uno y dos factores para investigar la existencia de diferencia estadísticamente significativa.

Resultados: Se revisó un total de 193 estudios manométricos, de los cuales 31 se excluyeron por tener antecedente de cirugía anti-reflujo, y uno se excluyó por tener un índice de masa corporal de 17 Kg/m², quedando un total de 161 pacientes.

De los 161 pacientes, 64 (40%) fueron hombres y 97 (60%) mujeres, la media de edad fueron 49,2 más/menos 16, 1 años, 71 (44%) tenían índice de masa corporal normal, 73 (45%) tenían sobrepeso y 17 (11%) tenían obesidad (gráfica 1). Al dividirlos por género, de los 64 hombres 23 (36%) tenían índice de masa corporal normal, 35 (55%) tenían sobrepeso y 6 (9%) obesidad. De las 97 mujeres, 48 (50%) tenían índice de masa corporal normal, 38 (39%) tenían sobrepeso y 11 (11%) obesidad. En este estudio se analizaron 7 elementos de la manometría esofágica. Al comparar los grupos con sobrepeso y obesidad con el grupo con índice de masa corporal normal, no se encontró ninguna alteración manométrica estadísticamente significativa.

Conclusiones: Al comparar los grupos con sobrepeso y obesidad con el grupo de IMC normal, no se encontró ninguna alteración manométrica predominante, que fuera estadísticamente significativa, con excepción de la longitud global del EEI, pero esto se debió a que dentro del grupo de pacientes obesos, ningún paciente tuvo un esfínter con longitud disminuida.

Está reportado en la literatura, que existe una relación entre el exceso de peso y los síntomas y las complicaciones de la enfermedad por reflujo gastro-esofágico, sin embargo, ninguno de los 7 parámetros de la manometría esofágica que analizamos, explica esta relación.

ID 429

Colitis microscópica como causa de diarrea crónica

Nereo Guillermo Salas-Lozano, Alicia Sofía Villar-Chávez, Alejandra Zarate-Osorno y Alberto García-Menéndez. Hospital Español de México. México, D.F. nereosalas@gmail.com

Antecedentes: Colitis microscópica es un síndrome clínico, de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de diarrea acuosa crónica o intermitente. Este término sirve para englobar 2 formas de colitis idiopática, identificadas mediante el estudio histopatológico de la mucosa: la colitis linfocítica y la colitis colágena. La incidencia de la colitis microscópica ha ido en aumento, de 1,1 por 100.000 personas/año en 1985 a 19,6 por 100.000 personas/año en 2001. En el mundo occidental, esta patología es responsable del 4%-13% de los casos de diarrea crónica. En Europa la

incidencia y prevalencia de la colitis linfocítica es similar a la de la colitis colagenosa, sin embargo, en Estados Unidos de América, tanto la incidencia como la prevalencia son mayores para la colitis linfocítica. Ambos tipos de colitis son más frecuentes en mujeres, especialmente la colitis colagenosa.

Objetivo: Identificar cuantos pacientes tienen colitis microscópica como causa de diarrea crónica en el Hospital Español de México.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron todas las colonoscopias con diagnóstico de diarrea crónica, del 1° de enero de 2009 al 30 de noviembre de 2012, y posteriormente se revisaron los reportes de patología de todos los pacientes que tenían un estudio macroscópicamente normal, o con mínimas alteraciones. Se utilizó el método ajustado de Wald para calcular el intervalo de confianza de 95%.

Resultados: Se revisaron 202 colonoscopias, realizadas por diagnóstico de diarrea crónica, 141 pacientes (69%) eran mujeres y 61 (31%) eran hombres, con una media de edad de 62,3 años, más/menos 17,5 años. De estos estudios, 113 (55%) tuvieron alteraciones mínimas que no justificaban la diarrea, o fueron normales. Al realizar la revisión de las biopsias, se demostró, colitis microscópica en 17 pacientes (8,4%) (IC95%=0,05-0,13), de los cuales 15 (88%) eran mujeres (IC95%=0,64-0,97) y 2 (12%) eran hombres (IC95%=0,02-0,35). De las 17 biopsias con colitis microscópica, 12 (70%) fueron colitis linfocítica (IC95%=0,46-0,87) y 5 (30%) colitis colagenosa (IC95%=0,12-0,53).

Conclusiones: La colitis microscópica fue identificada como causa de diarrea crónica en el 8,4% de los pacientes de nuestro hospital, tal y como está descrito en la literatura (4%-13%). También encontramos un predominio del sexo femenino con una relación 7,5:1, esta relación está por arriba de lo descrito, esto puede deberse al pequeño tamaño de la muestra. En cuanto al subtipo de colitis microscópica, ya sea linfocítica o colagenosa, nuestros resultados se asemejan más a la literatura americana, donde existe un claro predominio de colitis linfocítica.

ID 430

Pancreatitis aguda: ¿Qué tan útil es la nueva clasificación de Atlanta en la práctica clínica?

Daniel Ruiz-Romero, Eduardo Negrete-Carballo, Adriana Fabiola Romano-Munive, Ambrosio Rafael Bernal-Méndez, Francisco Daniel Briseño-García, Jorge Hernández-Calleros y Luis Uscanga-Domínguez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. daniel_ruizch@hotmail.com

Antecedentes: La nueva clasificación de Atlanta define como grave a la PA que presenta insuficiencia orgánica (IO) transitoria (<48 horas) o persistente (>48 horas) evaluada mediante la clasificación de Marshall modificada (≥ 2 puntos). Los casos con IO transitoria (<48 horas) pero con complicaciones locales (necrosis, acúmulos de líquido y/o abscesos) o exacerbación de comorbilidades son considerados como moderados; en cambio la ausencia de IO o complicaciones locales típica a la PA leve. Se pretende que estos criterios permitan seleccionar oportunamente a los enfermos que deben recibir atención especializada o apoyo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Cualquier sistema de clasificación pronóstica debe mostrar utilidad en el tamizaje de personas con PA atendidos de manera individual.

Objetivo: Validar la utilidad de la nueva clasificación de Atlanta en un grupo de enfermos con PA.

Materiales y métodos: Incluimos a todos los enfermos con diagnóstico probado de PA que fueron admitidos al Servicio de urgencias del INCMNSZ durante el periodo del 1° de marzo al 30 de junio de 2013. Cada caso se clasificó de acuerdo a los nuevos

criterios de Atlanta que se contrastaron con la clasificación de BISAP, APACHE-II, Ranson y la presencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS).

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes (12 mujeres) con edad promedio de 49 años. La etiología más frecuente fue litiasis biliar (n=10). Las principales comorbilidades asociadas a la PA fueron sobrepeso u obesidad (65,2%) hipertensión arterial (34,8%), algún tipo de neoplasia (23%) y diabetes mellitus (13%). El tiempo medio de hospitalización fue de $20,1 \pm 16,5$ días y la estancia en UCI de 5 ± 7 días. En 20 casos la puntuación de APACHE II fue igual o mayor a 8 puntos (PA grave), 11 de éstos (55%) tuvieron SRIS por al menos 24 horas y al menos una falla orgánica. Doce pacientes (60%) presentaron Marshall ≥ 2 y de estos 10 sujetos (83%) tuvieron SRIS al momento de su ingreso. La IO más frecuente fue la respiratoria (52,1%) con una duración promedio de $9,5 \pm 8,4$ días, seguida de la renal (13%) y cardíaca (8%). De acuerdo a los nuevos criterios de Atlanta 48% de los pacientes tuvieron un cuadro de PA leve (n=11), 13% moderada (n=3) y 39% grave (n=9). En el 23% de los casos se documentó necrosis pancreática (TAC) y la complicación sistémica más frecuente fue neumonía intrahospitalaria (26%). Sólo 8,7% (n=2) de los pacientes fallecieron por sepsis asociada a pancreatitis.

Conclusiones: La mayoría de los cuadros de PA fueron leves acorde a la nueva clasificación de Atlanta. La clasificación de APACHE-II sobreestimó la gravedad del cuadro, ya que ésta se identificó con mayor certeza con la escala modificada de Marshall (≥ 2) o la presencia de SRIS; éste último precedió en todos los casos a la insuficiencia orgánica.

ID 431

Modelo de atención nutricia en pacientes adultos con pancreatitis crónica y sarcopenia del INCMNSZ

Belinda Hernández-Badillo, Luis F. Uscanga-Domínguez y Jorge Hernández-Calleros. Departamento Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ). México, D.F. belo_n1@hotmail.com

Antecedentes: La nutrición es esencial en el tratamiento de la pancreatitis crónica (PC); el dolor crónico, las deficiencias nutricionales ocasionadas por la mala digestión de los nutrientes y, con frecuencia, la hiperglucemia, ocasionan un gran número de consultas e ingresos hospitalarios. La sarcopenia representa un deterioro del estado de salud con un coste personal elevado: trastornos de la movilidad, mayor riesgo de caídas y fracturas, deterioro de la capacidad para realizar actividades cotidianas, discapacidad, pérdida de independencia y mayor riesgo de muerte.

Objetivo: Medir el impacto en cuanto a estado nutricional, calidad de vida y sintomatología de una dieta hiperproteica, baja en fibra y normal en contenido de lípidos e hidratos de carbono en pacientes con pancreatitis crónica y sarcopenia.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo analítico, longitudinal, prolectivo; realizado en pacientes de la clínica de páncreas de INCMNSZ que acudieron a consulta de noviembre 2012 a mayo 2013, a quienes se realizó valoración basal y final de variables antropométricas, calidad de vida y sintomatología posterior a la recomendación de una dieta hiperproteica, baja en fibra y normal en contenido de hidratos de carbono y lípidos. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes y las continuas en medianas y percentiles. Se utilizó estadística no paramétrica (U de Mann-Whitney-Wilcoxon) para comparar las muestras relacionadas en variables continuas y prueba exacta de Fisher para variables categóricas, considerando $p < 0,05$ como estadísticamente significativa. Se utilizó el paquete estadístico SPSS® versión 21.

Resultados: Se estudiaron 13 pacientes de los cuales 7 (53,8%) fueron hombres, la mediana de edad en hombres fue de 42 años (23-49) y en mujeres de 37 años (28,75- 53,25), la mediana en IMC (índice de masa corporal) fue de 24,80 Kg/m² (22,70-26,80) en hombres y 23,90 Kg/m² (20,57-30,60) en mujeres al inicio del estudio y de 23,80 (23,0000- 26,90) en hombres y 23,70 (23,00-26,90) en mujeres al final del estudio. Se encontraron cambios favorables en variables categóricas como CMB y fuerza prensil, también se encontró relación entre buen apego a la dieta y mejoras, por ejemplo, se observó que un consumo adecuado de proteínas mejoró la CMB, y en un consumo adecuado de lípidos, síntomas como indigestión y distensión abdominal disminuyeron; sin embargo estos cambios no tuvieron significancia estadística. Se encontró diferencia estadísticamente significativa con la prueba de Mann Whitney-Wilcoxon en las siguientes variables continuas: CMB $p=0,006$, fuerza prensil $0,002$, limitarse en su dieta debido a la enfermedad $p=0,015$, presencia de indigestión $p=0,007$, presencia de gases $p=0,021$, regurgitación $p=0,024$, distensión abdominal $p=0,005$, presencia de diarrea $p=0,004$, debilidad en brazos y piernas $p=0,046$, percepción del estado general de salud $p=0,006$.

Conclusiones: La recomendación de una dieta hiperproteica, baja en fibra, normal en contenido de lípidos e hidratos de carbono puede contribuir a mejorar el estado nutricional y sobre todo aspectos como sintomatología y calidad de vida en pacientes con PC y sarcopenia; este estudio refleja la importancia de realizar mayor número de investigación en este grupo poblacional, con muestras de mayor tamaño para lograr tanto validez interna como validez externa.

ID 432

Primer trasplante hepático domino en México

Mario Vilatobá-Chapa, Alan Gabriel Contreras-Saldivar, Aczel Sánchez-Cedillo, Rafael Paulino Leal-Villalpando, Jorge Zamudio-Bautista, Ignacio García-Juárez, Graciela Castro-Narro, Jacqueline Córdoba-Gallardo, Alejandra González-Duarte, Luis Navarro-Vargas, Lorena Noriega-Salas, Víctor Visag-Castillo, Agustín Vintimilla-Moscoso y Jonathan Hernández-Durán. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. mvilatoba@hotmail.com

Introducción: La polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante ocasionada por la mutación del gen que codifica la transtirretina (*TTR*) que se localiza en el cromosoma 18q. Más de 100 mutaciones son conocidas y cualquiera de estas conlleva a inestabilidad de la proteína correspondiente y al depósito extracelular de amiloide en varios tejidos (nervios autonómicos y periféricos, páncreas del tracto gastrointestinal,

corazón, etc). Los síntomas ocurren entre los 25 y 35 años y los más comunes son: polineuropatía de los miembros inferiores, diarrea y arritmias diversas. El amiloide de *TTR* es predominantemente producido en el hígado y solo el 5% se produce en la retina y los plexos coroides, por lo tanto, el trasplante hepático ortotópico (THO) es el tratamiento de elección cuando inician las afecciones sistémicas y antes de aparezcan síntomas discapacitantes o que se vuelva prohibitivo el THO por infiltración cardíaca severa. Debido a la escasez de órganos a nivel mundial, los hígados de pacientes con PAF se pueden usar para trasplantar pacientes con cirrosis que sean mayores de 60 años y que de otra forma no alcanzarían la oportunidad de un THO. Esto se conoce como trasplante domino y desde 1996 ha sido una opción para incrementar el número de órganos en varios países del mundo.

Caso clínico: Paciente masculino de 41 años de edad, grupo sanguíneo A+ con diagnóstico de PAF desde diciembre de 2012 por mutación S70R del gen *TTR*. El paciente presentaba neuropatía segmentaria de ambos nervios medianos, miocardiopatía infiltrativa por amiloide, extrasístoles ventriculares y FEVI del 61%. Por esta razón se realizó el protocolo de evaluación para THO y se registró en nuestra lista de espera. Recibimos el ofrecimiento de un hígado de donante cadavérico de 21 años, grupo sanguíneo A+ con tamaño y peso similar al del paciente con PAF por lo que fue llamado para la realización del THO. Al mismo tiempo se llamó a una paciente de 63 años registrada en la lista con diagnóstico de cirrosis biliar primaria desde 2010, hipertensión portal hemorrágica severa, ascitis refractaria, con colocación de TIPS en 2011 y al ingreso para el trasplante MELD de 14. Después de firmar los consentimientos apropiados, se realizó el THO en el paciente con PAF. Durante la hepatectomía se preservaron las estructuras del hilio así como cava supra e infrahepática con una adecuada longitud para poder utilizar el hígado. El trasplante se realizó con exclusión total. Simultáneamente otro equipo quirúrgico tomó el hígado con PAF y se perfundió con 6 litros de solución de preservación y heparina por la arteria hepática y porta. Se envió biopsia transoperatoria a patología y se reportó únicamente 10% de esteatosis hepática. Se realizó la cirugía de banco y después de reconstruir las venas y cava suprahepáticas con la cava del donador cadavérico y confirmar la integridad del injerto, se decidió continuar con el segundo trasplante el cual se realizó nuevamente con exclusión total. Si bien ambas cirugías presentan alto grado de complejidad por la longitud de los vasos, en ninguno de los dos pacientes se presentaron complicaciones técnicas transoperatorias.

Conclusiones: El tratamiento de los pacientes con mutación de PAF y manifestaciones clínicas, es el THO. Por la escasez de órganos, el hígado de este grupo de pacientes puede ser utilizado en pacientes mayores de 60 años, en condiciones graves o en presencia de carcinoma hepatocelular. Hasta donde tenemos conocimiento este es el primer THO domino que se reporta en nuestro país.

Conflicto de intereses: Este trabajo no tuvo patrocinio.