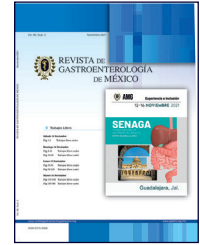




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 15 de noviembre de 2021

Misceláneos II

Lun096

PREDICCIÓN DE RESPUESTA BIOQUÍMICA TEMPORANA A ÁCIDO URSODESOXICÓLICO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN UNA CORTE DE PACIENTES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

J. L. Aguilar-Álvarez, S. M. I. Mejía-Loza, E. I. Juárez-Valdés, H. W. Citalán-Poroj, J. C. Valle-Gonzales, O. L. García-Rodas, C. P. Jaén-Villanueva, Hospital Juárez de México

Introducción: La colangitis biliar primaria es una enfermedad hepática autoinmunitaria secundaria a lesiones inmunológicas que causa daño en las células epiteliales biliares y altera la secreción apical del intercambiador de aniones tipo 2 y bicarbonato. Produce una secreción desregulada de ácidos biliares e interferencia en la membrana de la célula epitelial biliar, lo que ocasiona colestasis y fibrosis progresiva y, con el tiempo, cirrosis biliar.

Los tratamientos aprobados incluyen ácido ursodesoxicólico (AUD) y ácido obetocólico (AOC). Los pacientes que tienen una respuesta inadecuada al tratamiento con AUD están en mayor riesgo de progresión de la enfermedad. La respuesta bioquímica al AUD, en particular en cambios en las concentraciones séricas de la fosfatasa alcalina (FA), gamma-glutamil transpeptidasa (GGT), alanina aminotransferasa y aspartato aminotransferasa, funciona como un sólido predictor de respuesta a largo plazo en pacientes con colangitis biliar primaria. Existen múltiples escalas para identificar a pacientes con mal pronóstico; las más estudiadas son los criterios de

Barcelona (disminución de FA > 40% > nivel basal o nivel normal); criterios de París (FA nivel < 3 x LSN, junto con AST nivel < 2 x LSN y una bilirrubina normal); criterios de Toronto (un nivel de FA < 1.76 x LSN), Mayo (un nivel de FA < 2 LSN).

Objetivo: Determinar si una respuesta bioquímica a tres, seis o nueve meses (con los criterios bioquímicos ya publicados) puede identificar con precisión a pacientes con respuesta pobre a 12 meses con tratamiento de primera línea con ácido ursodesoxicólico (AUD).

Materiales y métodos: Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de colangitis biliar primaria atendidos en el Hospital Juárez de México del 2016 al 2019 de acuerdo con los criterios establecidos (presencia de anticuerpos antimitocondriales > 1:40 o GP210, SP100, patrón colestásico crónico, sin incluir otras alteraciones), con tratamiento de primera línea con AUD (13-15 mg/kg/día por al menos 12 meses), quienes contaban con seguimiento mínimo trimestral, resultados paraclínicos al menos trimestrales y nota clínica que documentara adherencia terapéutica. Criterios de exclusión: biopsia con hepatitis de interfaz, hepatitis autoinmunitaria concomitante, uso de esteroides por otras anomalías, panel viral reactivo a virus B o C, no contar con estudios paraclínicos al menos trimestrales y pacientes sin seguimiento al menos trimestral.

Resultados: La tasa de episodios adversos se determinó mediante la calificación de *UK-PBC Risk* que predice riesgo de efectos adversos. Al diagnóstico a un año: riesgo de episodio a cinco años ($p = 0.0002$), a 10 años ($p = 0.0004$), y a 15 años ($p = 0.001$). Se compararon las respuestas bioquímicas a tres meses contra un año que mostró un VPN (París I, 98.7%; Barcelona, 79.5%; Toronto, 99.0%; Mayo 98.7%) pero bajo VPP (París I, 26.1%; Barcelona, 37.7%; Toronto, 56.6%; Mayo 44.0%), una utilidad altamente relevante mediante PLR > 10 (Toronto 21, Mayo 12.8) y buena utilidad 5-10 (Barcelona, 9.82 y París I, 5.7).

Conclusión: Esta cohorte de pacientes con CBP mostró una reducción marcada y sostenida de los parámetros bioquímicos que intervienen en el desenlace de la enfermedad a los seis meses. Las definiciones de París I, Toronto y Mayo aplicadas a seis y nueve meses poseen buena diferenciación de los resultados a un año de seguimiento con buena sensibilidad y especificidad. La definición de Barcelona tiene menor sensibilidad y especificidad a seis y nueve meses en comparación con las ya mencionadas. Por lo anterior, las respuestas bioquímicas a seis meses pueden utilizarse para predecir e identificar a pacientes no respondedores para iniciar nuevos tratamientos.

Financiamiento: No hubo financiamiento externo para realizar este estudio.

Lun097

COLANGITIS BILIAR PRIMARIA Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS

E. Valenzuela-Leyva, M. C. Baxin-Domínguez, C. M. Del Real-Calzada, M. Castillo-Barradas, R. Vargas-Ángeles, M. C. Bernardino-Del Río, F. Martínez-Silva, M. T. Rizo-Robles, C. Esquivel-Castro, Hospital de Especialidades CMN, La Raza, IMSS

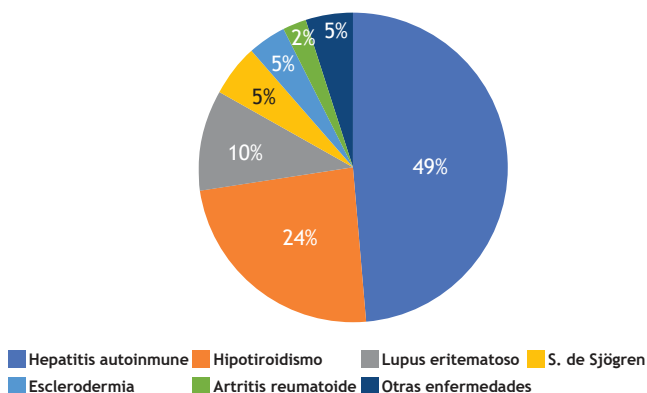
Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP), antes conocida como cirrosis biliar primaria, cambió su nomenclatura en 2015 porque la mayoría de las personas afectadas no tiene cirrosis; es una enfermedad hepática colestásica autoinmunitaria inflamatoria crónica y se caracteriza por colestasis, actividad serológica a anticuerpos antimitocondriales (AMA), actividad específica de anticuerpos antinucleares (ANA) y se acompaña de evidencia histológica de colangitis no supurativa crónica, granulomatosa y linfocítica de conductos biliares pequeños. En diferentes estudios se ha notificado la relación con otras enfermedades de causa autoinmunitaria, principalmente síndrome de Sjögren, ácido tubular renal y tiroiditis autoinmunitaria.

Objetivo: Determinar la frecuencia de padecimientos autoinmunitarios vinculados en una cohorte de población mexicana con diagnóstico de colangitis biliar primaria.

Material y métodos: Se realizó revisión de expedientes de la consulta externa de pacientes con diagnóstico de colangitis biliar primaria entre 1991 y 2019 y se evaluó la presencia de otras enfermedades autoinmunitarias.

Resultados: Se incluyó a 228 pacientes, 213 (93.4%) mujeres y 15 (6.6%) hombres, con un promedio de edad de 51.03 años. Los pacientes que presentaron anticuerpos antimitocondriales (AMA) positivos fueron 165 (72%) y 63 (27%) tuvieron AMA negativos; 153 (67.1%) presentaron otra enfermedad autoinmunitaria relacionada,

Figura 1. Enfermedades relacionadas con CBP. (Lun097)



además de colangitis biliar primaria. De estos enfermos, sólo 92 tuvieron una afección adjunta, 45 mostraron dos enfermedades relacionadas, 13 registraron 3 o más y, por orden de frecuencia descendente, se reconocieron hepatitis autoinmunitaria en 96/228, hipotiroidismo en 47/228, lupus eritematoso sistémico en 22/228, síndrome de Sjögren en 11/228, esclerodermia en 8/228, artritis reumatoide en 5/228 y otras enfermedades en 11 pacientes (Fig. 1). En 10/228 se identificó antecedente familiar de enfermedad autoinmunitaria.

Conclusiones: Se hallaron enfermedades autoinmunitarias en la mayoría de los pacientes con CBP, pero con características diferentes a las informadas por otros grupos de estudio; se desconocen las causas del cambio de epidemiología en la población mexicana estudiada.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Lun098

HIDRATACIÓN AGRESIVA PARA LA PANCREATITIS AGUDA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

J. O. Jáquez-Quintana, F. Díaz González-Colmenero, A. A. Gamboa-Alonso, C. Quintanilla-Sánchez, C. Lozano-Maldonado, N. Álvarez-Villalobos, L. A. Banda-Loyola, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) representa la enfermedad pancreática más común. Las causas más frecuentes comprenden los cálculos biliares y el consumo de alcohol. Aunque la fluidoterapia intravenosa (FT) se considera la piedra angular actual del tratamiento, la estrategia de infusión más adecuada es todavía controvertida. Además, las recomendaciones actuales para FT en PA carecen de apoyo de evidencia de alta calidad.

Objetivo: Evaluar los estudios controlados aleatorizados (ECA) más recientes para determinar la efectividad de las estrategias de FT dirigida por objetivos sobre la incidencia y persistencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) y los episodios adversos relacionados con la sobrecarga de volumen.

Materiales y métodos: Se consultaron MEDLINE, Elsevier, EMBASE, Web of Science y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados desde el inicio hasta mayo de 2020. Se incluyeron ECA que evaluaron el uso de una estrategia dirigida por objetivo para la FT en PA, comparada con una no dirigida por objetivos o comparación de estrategias de infusión dirigidas por objetivos (p. ej., intensivas vs. no intensivas). Se obtuvo la aparición y persistencia del SRIS, la incidencia de falla orgánica, choque, mejoría clínica, acumulación de líquido, necrosis pancreática y mortalidad. Se agruparon los OR de estudios suficientemente similares mediante un enfoque de efectos aleatorios. Se utilizó la metodología GRADE para la evaluación del cuerpo de evidencia con el software GRADEpro.

Resultados: Tres estudios cumplieron con los criterios y se extrajeron y analizaron. No hubo diferencias significativas en la aparición de SRIS entre una estrategia de infusión dirigida por objetivos intensiva y una no intensiva (OR, 0.98; IC95%, 0.15-6.34; I² = 53%). El efecto aislado de una estrategia dirigida por objetivos sólo se evaluó en un estudio, con un OR calculado de 0.71 (0.10-4.76). Los estudios incluidos tuvieron un riesgo de sesgo de moderado a alto, en general.

Conclusión: Existe una certeza muy baja sobre el beneficio de las estrategias de infusión dirigida por objetivos en el desarrollo de SRIS durante el tratamiento inicial de la PA. Se necesitan más ECA de alta calidad para aumentar la certeza sobre la determinación del efecto.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun099

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

A. L. Mateos-Viramontes, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, R. Pérez-Cabeza de Vaca, K. C. Trujillo-De la Fuente, C. Paredes-Aménabar, J. A. Romero-Lozanía, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE

Introducción: Los trastornos del sueño se presentan de forma recurrente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y se consideran un mecanismo dinámico que afecta la motilidad, funciones secretora e inmunitaria intestinal y el proceso de inflamación, no sólo en pacientes en remisión sino también en sujetos con enfermedad activa. La relación entre una mala calidad del sueño y la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal se ha estudiado poco, por lo que una pobre calidad de sueño podría considerarse como un síntoma extraintestinal relevante, el cual podría acentuar la gravedad de la inflamación y el riesgo de recaídas; sin embargo, no se dispone de suficiente información que confirme estos datos.

Objetivo: Describir el efecto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la calidad de sueño en pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal. Se evaluó a pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Se utilizó el Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) para medir la calidad del sueño. La actividad de la EII se midió mediante el índice de Harvey-Bradshaw para enfermedad de Crohn y la escala de Mayo para colitis ulcerosa. Los resultados se analizaron con medias de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes, los cuales se sometieron al cuestionario de índice de sueño de Pittsburgh (PSQI), previo consentimiento informado firmado. La edad media de la población fue de 52 ± 16.48 años y el 54.90% correspondió al sexo femenino. El 65% tenía colitis ulcerosa (CU). El 70.5% de la población se hallaban bajo tratamiento biológico. En pacientes con enfermedad de Crohn (EC), el 89% se encontraba en remisión y el 11% tenía actividad moderada. En los pacientes con CU, el 48.5% se hallaba en remisión, el 45.5% en actividad leve y el 6% en actividad moderada. El 80% no utilizaba ningún fármaco hipnótico. En cuanto a la actividad clínica de la enfermedad y la percepción del sueño en los pacientes con CU en remisión, la percepción del sueño fue bastante mala en el 68%, bastante buena en el 18% y muy buena en el 12% con un PSQI de 10.5 ± 3.2 . En los pacientes con actividad leve, la percepción del sueño fue bastante buena en el 46%, bastante mala en el 40%, muy mala en el 6% y muy buena en el 6% con un PSQI de 8 ± 3.7 , y en la actividad moderada el 100% tuvo una percepción del sueño bastante mala con un PSQI de 11 ± 1.4 . Para los pacientes con EC en remisión, la percepción del sueño fue bastante mala en el 43%, bastante buena en el 43%, muy mala en el 6% y muy buena en el 6% con un PSQI de 9 ± 4.3 ; en la actividad moderada, el 50% tuvo una percepción del sueño muy mala y el 50% una percepción del sueño bastante buena con un PSQI de 14 ± 4.2 (Tabla 1).

Conclusiones: Es previsible que los pacientes con actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal presenten mayor alteración de la percepción del sueño. En este estudio no se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la actividad de la enfermedad y el índice de PSQI. Sin embargo, se obtuvo una vinculación estadísticamente significativa entre el PSQI y la percepción del sueño señalada por los pacientes, con una $p < 0.005$. Aún se necesita más investigación para caracterizar mejor las alteraciones del sueño en la población con EII, lo cual permitirá tomar medidas terapéuticas adecuadas para incluirlas en el tratamiento multidisciplinario y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Lun099)

Tipo de enfermedad	Actividad	Índice de sueño	Percepción de sueño			
			Muy buena	Bastante buena	Bastante mala	Muy mala
	Remisión	10.5 ± 3.22	2 (12%)	3 (18%)	11 (68%)	0
	Leve	8 ± 3.72	1 (6%)	7 (46%)	6 (40%)	1 (6%)
	Moderada	11 ± 1.4	0	0	2 (100%)	0
	Grave	0	0	0	0	0
	Remisión	9 ± 4.3	1 (6%)	7 (43%)	7 (43%)	1 (6%)
	Actividad leve	0	0	0	0	0
	Actividad moderada	14 ± 4.24	0	1 (50%)	0	1 (50%)
	Actividad grave	0	0	0	0	0

DE: desviación estándar; CU: colitis ulcerativa crónica idiopática; EC: enfermedad de Crohn; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; NA: no aplica. Fuente: Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE.