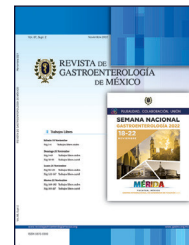




# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 20 de noviembre de 2022

### Endoscopia

#### Dom035

#### LINFOMA GÁSTRICO TIPO MALT CON OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICO

B. Gallo-Arriaga, J. J. Ibarra-Rodríguez, B. Gallo-Chico, C. Hidalgo-Valadez, D. W. Argote-Collazo, M. E. Arellano-Carranza, Hospital Ángeles de León

**Introducción:** El linfoma gástrico primario representa 2% a 8% de las neoplasias gástricas. El *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) afecta a 50% a 70% de la población mundial. Se relaciona con gastritis crónica activa, úlcera péptica gastroduodenal y cáncer gástrico con 75% de los casos, así como del tejido linfoide vinculado con mucosas, el denominado MALT (*mucosa-associated lymphoid tissue*).

**Objetivo:** Informar el caso y revisar las publicaciones médicas sobre el tema.

**Informe de caso:** Paciente masculino de 40 años. Unas 72 horas antes del ingreso (21/10/20) sufría epigastralgia urente y pirosis, melena y vómito en poso de café. Exploración física: signos vitales estables. Palidez de tegumentos. Abdomen: maniobra de chapoteo gástrico positiva. Estudios de laboratorio: hemoglobina 9.0 g/dL y microcitosis con hipocromía. Panendoscopia: 300 cm<sup>3</sup> de líquido verdoso en estómago y abundantes restos alimenticios semisólidos en todo el fondo gástrico. Zona de ulceración desde la incisura angular hasta el píloro, de aspecto neofornicativo, sangrado en capa y fondo cubierto de fibrina. No permite el paso del panendoscopio (Olympus GIF-H 180) al píloro. Se toman biopsias en zona ulcerada y la estenosis. El informe histológico revela hallazgos morfológicos

e inmunohistoquímicos concordantes con linfoma de inmunofenotipo B (linfoma MALT) y *H. pylori* positivo. La tomografía de tórax y abdomen contrastada delinea ganglios de aspecto inflamatorio adyacentes. Sin afectación ganglionar en otros sitios. Se trata con pantoprazol por 72 h y luego dieta líquida. Egresó con tratamiento de erradicación contra *H. pylori*: pantoprazol (40 mg VO cada 12 h), amoxicilina (1 g VO cada 12 h), claritromicina (500 mg VO cada 12 h), subsalicilato de bismuto (2 tabletas VO cada 8 h), por 14 días con dieta en papilla. Ingresó para estudio (17/11/20). Asintomático. La exploración física muestra chapoteo de succión gástrico. Hemoglobina, 10.1 g/dL. Se realizó panendoscopia electiva (18/11/20) y mostró úlcera prepilórica Forrest III, con bordes elevados eritematosos de aspecto inflamatorio, en menor medida, y estenosis puntiforme pilórica. Se practicó dilatación hidroneumática y colocación de sonda nasoyeyunal. Las biopsias en la región ulcerada y el informe histológico revelan fragmentos escasos con infiltración por linfoma MALT. *H. pylori* negativo. Reingresó (14/12/20) para panendoscopia de control; mostró menor estenosis pilórica; una segunda dilatación logra pasar el endoscopio al duodeno. Se obtienen biopsias en la zona ulcerada. Informe histopatológico: hiperplasia glandular regenerativa sin atipia, negativa para *H. pylori* y ausencia de neoplasia linfoproliferativa monoclonal. Egreso (17/12/20) bajo tratamiento con dexlansoprazol (60 mg diarios) y dieta normal. Control endoscópico (02/03/2021): disminución de tamaño de la úlcera y paso del endoscopio por el píloro; las biopsias y el informe histopatológico evidencian hiperplasia glandular regenerativa sin atipia, *H. pylori* negativo, sin proceso neoplásico maligno activo por inmunohistoquímica.

**Discusión:** El linfoma MALT gástrico relacionado con *H. pylori* tiene una presentación poco frecuente. Los síntomas de presentación son

insidiosos y dependen de la localización y la rapidez de crecimiento, desde asintomáticos, pasando por dispepsia o dolor abdominal, hasta una presentación menos frecuente con síntomas obstructivos. **Conclusiones:** En virtud de la escasa experiencia, el tratamiento del linfoma MALT no se ha establecido bien. En la invasión locorregional, la completa erradicación del *H. pylori* logra la remisión completa. La radioterapia es una alternativa en aquellos pacientes que no responden al tratamiento de erradicación. La necesidad de cirugía es más frecuente debido a la mayor presentación de complicaciones como obstrucción, perforación o hemorragia. El pronóstico del linfoma MALT es de supervivencia a los cinco años (55%-79%); puede recurrir localmente y tiene potencial para extensión sistémica y transformación en linfoma de alto grado.

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

### Dom036

## UNA COMPLICACIÓN INUSUAL DESPUÉS DE LA LIGADURA VARICEAL: OBSTRUCCIÓN COMPLETA ESOFÁGICA, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Figueroa-Palafox, Y. I. López-Méndez, E. Juárez-Hernández, Médica Sur

**Introducción:** La ligadura endoscópica es el tratamiento regular para la profilaxis secundaria del sangrado variceal; es un procedimiento sencillo, aunque no exento de complicaciones. Se han notificado episodios de sangrado por úlceras, disfagia, dolor retroesternal y estenosis; la menos frecuente es la obstrucción completa de la luz del esófago.

**Objetivo:** Presentar el caso de una obstrucción completa esofágica después de una ligadura variceal común.

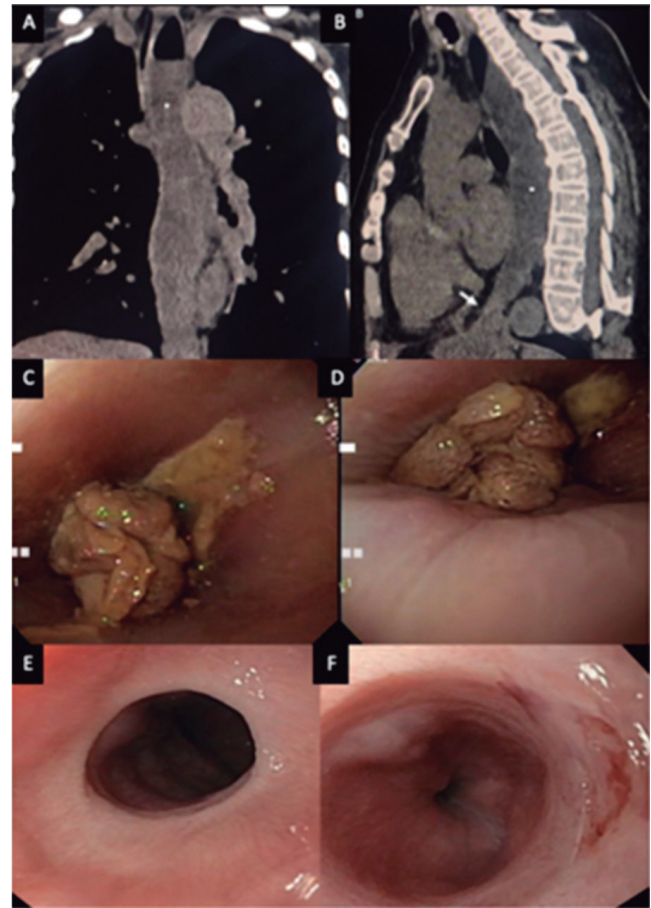
**Informe de caso:** Mujer de 73 años con cirrosis y antecedente de sangrado variceal en profilaxis secundaria. Se realiza endoscopia y se identifican várices esofágicas grandes con datos de mal pronóstico con ligadura de dos várices. A las 24 horas inicia con dolor torácico y disfagia progresiva a líquidos y sólidos. La tomografía mostró dilatación esofágica con nivel hidroaéreo y estrechamiento distal (Fig. 1). Ingresó para vigilancia hospitalaria sin respuesta al tratamiento sintomático y nula tolerancia a la vía oral; se realiza endoscopia 72 horas después y se reconoce obstrucción completa de la luz del esófago por várice ligada con edema y necrosis circundantes que impiden el paso del endoscopio (Fig. 1). Se indican tratamiento conservador, ayuno estricto y nutrición parenteral central por tres días, con resolución completa de síntomas y tolerancia a la vía oral al quinto día. Doce semanas después refiere nuevamente disfagia y la endoscopia de control muestra estenosis concéntrica en el sitio previo de la ligadura que requiere dilatación con balón neumático a 13 mm (Fig. 1).

**Discusión:** Dentro de las complicaciones posteriores a la ligadura endoscópica de várices esofágicas, la obstrucción completa es la menos frecuente y sólo se han registrado 14 casos en las publicaciones médicas. Los factores de riesgo sospechados para este suceso son la presencia de tejido cicatrizal previo, una hernia hiatal y el uso excesivo de aspiración. El tratamiento se basa en evidencia de expertos y se recomienda la atención conservadora sin intentar el retiro de la liga y vigilar el desarrollo de complicaciones a largo plazo, como la formación de una estenosis benigna que debe tratarse de acuerdo con cada caso. No se ha notificado ningún episodio letal vinculado con esta complicación.

**Conclusiones:** Los endoscopistas deben tomar en cuenta todas las complicaciones probables derivadas de la ligadura de várices de esófago y la forma de actuar ante las complicaciones menos usuales.

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

**Figura 1.** a) TAC de tórax coronal con dilatación de esófago y nivel hidroaéreo. b) TAC de tórax sagital con estenosis en el tercio distal. c) y d) Endoscopia después de la ligadura con banda varicosa que obstruye la luz esofágica, edema y necrosis. e) Endoscopia de seguimiento con estenosis por fibrosis. f) Aspecto posterior a la dilatación. (Dom036)



### Dom037

## ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA, UNA ENTIDAD RARA. REPORTE DE CASO

J. J. Preciado-López, J. F. Martínez-Hernández, J. J. Preciado-Alonso, E. L. López-Ramírez, H. A. Villa-Olvera, Hospital Civil de Guadalupe Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La esofagitis necrosante aguda o esófago negro es una entidad con pocos casos informados; mediante esofagogastro-duodenoscopia tiene una incidencia de 0.01% a 0.28% y en necropsia del 10.3%.

**Objetivo:** Informar un caso de esófago negro con el propósito de generar y ampliar el conocimiento sobre un tema poco frecuente y con publicaciones médicas limitadas.

**Informe de caso:** Paciente masculino de 87 años con antecedentes de infarto agudo de miocardio 27 años antes, episodio vascular cerebral 10 años antes, colecistectomía cinco años antes, cirugía de columna cervical cuatro años antes y tres episodios de trombosis en extremidades inferiores que exigieron embolectomías, la última un año antes. Tratamiento con clopidogrel y atorvastatina. Hipertensión arterial sistémica controlada. Tabaquismo negativo. Motivo de consulta: náusea abrupta y vómito en poso de café. La

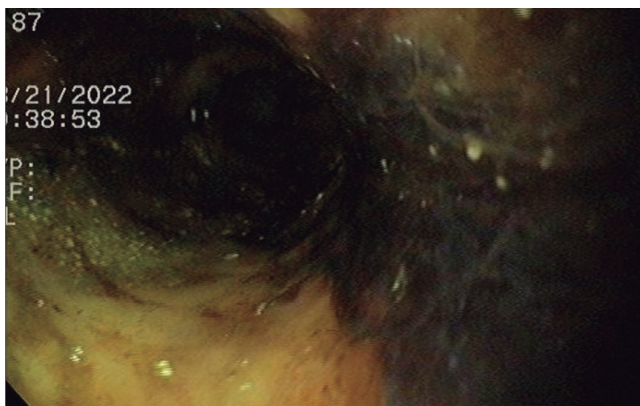
exploración física muestra a un paciente hemodinámicamente estable, sin compromiso cardiorrespiratorio. Abdomen plano, blando, depresible, no doloroso, con cicatrices de colecistectomía, ruidos peristálticos aumentados en intensidad y frecuencia, sin datos de irritación peritoneal, y al tacto rectal heces melénicas. Estudios de laboratorio: biometría hemática con anemia normocítica normocrómica (hemoglobina, 11.2 g/dl). Diferencial normal. Plaquetas normales. Química sanguínea normal, hipocloremia (Cl 89 mmol/L), perfil hepático y renal normales. Endoscopia digestiva alta del 21 de marzo de 2021 (Fig. 1): mucosa necrótica con restos hemáticos, gastritis edematosa, dos úlceras antrales prepilóricas Forrest III, úlcera duodenal Forrest II a descartar proceso infiltrativo ulcerado, estrechez duodenal secundaria A4 y hernia hiatal. Endoscopia de control (24/4/2022): mucosa de color blanquecino en tercio proximal esofágico, pérdida del patrón vascular visible. En tercio medio y distal: capa de fibrina sobre esófago que al desprenderse deja zona de hemorragia que se autolimita; a los 37 cm de la arcada dentaria estenosis que impide el paso del endoscopio.

**Discusión:** El diagnóstico de la esofagitis necrosante aguda es endoscópico: lesiones negras de la mucosa esofágica que se interrumpen de manera característica a nivel de la línea Z. Predilección por esófago distal (97%). En pacientes asintomáticos es resultado de hallazgo incidental en exploraciones por otros motivos. Afecta sobre todo a individuos geriátricos. La manifestación más común es la hemorragia digestiva alta en más del 70% de los casos. La fisiopatología se desconoce; se han descrito casos secundarios a compromiso isquémico, desnutrición y obstrucción del tracto digestivo alto. Los hallazgos endoscópicos muestran coloración negruzca de mucosa esofágica que termina en la unión gastroesofágica. Al repetirse la endoscopia después de 48 a 72 horas y entre los siete y 15 días de endoscopia diagnóstica se identifica la regeneración esofágica. Otros hallazgos endoscópicos: ulceraciones esofágicas, afectación duodenal (úlceras, erosiones, edema), úlceras u obstrucción gástrica. La estenosis esofágica es la complicación tardía más frecuente, que ocurre en el 15% de los casos y requiere por lo general dilatación. La biopsia complementa el diagnóstico, pero no es necesaria para establecerlo. El tratamiento inicial es hidroelectrolítico, con reposo intestinal, medidas específicas para enfermedades subyacentes y apoyo nutricional. El pronóstico depende de enfermedades subyacentes con una mortalidad hasta de 50%.

**Conclusiones:** Se presenta el caso de un paciente con esta entidad, en el cual se observó un cuadro típico de presentación y evolución. Este informe contribuye a las publicaciones médicas, que hasta el momento no son extensas, con puntos clave para su identificación y posibles complicaciones como la estenosis esofágica, también presente en este paciente; además, se observó una evolución desde la necrosis esofágica hasta la recuperación.

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

**Figura 1.** Mucosa necrótica con restos hemáticos: gastritis edematosa. (Dom037)



## Dom038

### HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Rábago-Escoto, V. Fúnez-Madrid, S. Philibert-Rosas, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Las manifestaciones gastrointestinales en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se extienden por todo el tracto digestivo dado que es un trastorno multisistémico que prácticamente afecta a todos los órganos del cuerpo. El espectro de síntomas gastrointestinales es muy amplio. Las infecciones oportunistas y no oportunistas pueden presentarse en el contexto del trastorno inmunológico particular. Con el advenimiento de los nuevos tratamientos, en especial los regímenes terapéuticos antirretrovirales, la incidencia y la prevalencia de varias infecciones gastrointestinales en el VIH han cambiado de forma notable.

**Objetivo:** Determinar los hallazgos endoscópicos en los procedimientos realizados a los pacientes con infección por VIH.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en pacientes con infección por VIH, los cuales se sometieron a estudios endoscópicos en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se realizaron 20 estudios endoscópicos entre marzo de 2022 y junio de 2022, de los cuales ocho fueron esofago-gastroduodenoscopias, 12 colonoscopias y se tomaron biopsias dirigidas. La edad promedio fue de 39 años (DE, 13.2 años). El motivo del estudio por frecuencia fue hemorragia digestiva alta (4%), diarrea crónica (20%) y hemorragia digestiva baja (15%). En las esofagogastroduodenoscopias, los hallazgos endoscópicos fueron esofagitis de Los Ángeles C (12.5%), úlceras esofágicas (25%), candidosis esofágica (12.5%) y gastropatía crónica (50%). Los hallazgos histopatológicos fueron infección por citomegalovirus (25%), gastritis crónica (25%), candidosis (12.5%), duodenitis crónica (12.5%), displasia de bajo grado (12.5%) e infección por *H. pylori* (12.5%). En las colonoscopias, los motivos de realización fueron diarrea crónica (33.3%), hemorragia digestiva baja (16.7%), hemorragia digestiva alta (16.7%), seguimiento por infección por VIH (8.3%), tumoración (8.3%) y enfermedad inflamatoria intestinal (16.7%). Los hallazgos endoscópicos más frecuente fueron úlceras rectales (58.3%), proctopatía inespecífica (25%), Crohn (8.3%) y CUCI (8.3%). Los hallazgos histopatológicos encontrados fueron proctitis crónica (16.7%), proctitis ulcerada (16.7%), proctitis crónica activa (16.7%), colitis isquémica (8.3%), CUCI (8.3%), condiloma (8.3%), lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (8.3%), carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor (8.3%) y colitis crónica (8.3%).

**Discusión:** Los hallazgos endoscópicos encontrados en esta población concuerdan con lo notificado en las publicaciones médicas internacionales. El oportunista más frecuente fue la infección por citomegalovirus y *Candida*. Aunque no se encontraron algunas otras como micobacterias y otro virus como lo señala la bibliografía médica, es relevante mencionar los hallazgos de displasias tanto en tracto digestivo alto como en tracto digestivo bajo.

**Conclusiones:** Es relevante señalar que todos los paciente con infección por VIH y algún síntoma digestivo deben someterse a procedimientos endoscópicos con toma de biopsias por protocolo y recibir un adecuado tratamiento del tejido, por lo que la comunicación con el servicio de patología con respecto a los hallazgos es medular en caso de exigir realización de inmunohistoquímica o tinciones no convencionales; de esta manera puede establecerse el diagnóstico oportuno y modificar el pronóstico de estos pacientes.

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

## Dom039

**COMPROMISO ESOFÁGICO EN PACIENTE CON PÉNFIGO VULGAR**

J. G. Junco-Enciso, A. G. Mondragón-Díaz, R. Moreno-Alcántar, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** El pénfigo vulgar comprende un grupo de enfermedades autoinmunitarias que se caracterizan por la formación de ampollas intraepiteliales en piel y membranas mucosas debido a anticuerpos IgG que atacan a los queratinocitos y dan lugar a la pérdida de las adhesiones entre las superficies celulares. La afectación esofágica se registra rara vez, con una prevalencia incierta por su escasa sospecha diagnóstica. Los síntomas más comunes informados en las publicaciones médicas son disfagia y odinofagia, que se presentan en el 57.1% y 24.1%, respectivamente; el diagnóstico se establece por panendoscopia y se observa una mucosa friable, eritematosa, con ulceraciones cubiertas o no por exudado.

**Objetivo:** Notificar un caso de pénfigo vulgar con afectación esofágica, diagnosticado en un hospital de tercer nivel por su baja incidencia y escasa información en la bibliografía médica.

**Informe de caso:** Paciente masculino de 61 años de edad valorado por primera vez por el servicio de dermatología el día 14 de septiembre del 2021; presentaba dermatosis de ocho meses de evolución en labio inferior caracterizada por neoformación aplanada de bordes parcialmente definidos, ulcerada con costra sanguínea acompañada de prurito y dolor tipo ardoroso, así como pérdida de peso no intencional, con sospecha diagnóstica inicial de queratitis actínica o carcinoma epidermoide. Se inició con biopsia de la lesión. El 7 de octubre de 2021 acudió al servicio de admisión continua por odinofagia y disfagia a sólidos, acompañados de erosiones en mucosa oral, paladar blando y lengua, descritas con bordes cartográficos y enanema, además de costra sanguínea en labio inferior y dermatosis en tórax que se acompañaba de dolor intenso. Las características de las lesiones llevaron a sospechar pénfigo probable vulgar o paraneoplásico; se tomó biopsia de piel de región supraclavicular derecha con resultado histopatológico indicativo de pénfigo vulgar. En esta valoración refirió disfagia y odinofagia como síntomas principales; por sospecha de compromiso esofágico se realiza panendoscopia el día 7 de octubre del 2021 en la que notificó esófago con mucosa rosa pálido que alterna con áreas de mucosa eritematosa y friable que se desprenden al paso del endoscopio; se establece esofagitis probablemente relacionada con pénfigo; se obtienen biopsias esofágicas, que revelan epitelio esofágico con vesícula suprabasal y acantólisis focal, por historia clínica consistente con diagnóstico de pénfigo. Se inició tratamiento con prednisona y ácido micofenólico, con mejoría progresiva, sin presencia de odinofagia o disfagia.

**Discusión:** La prevalencia de afectación esofágica en pacientes con pénfigo vulgar se desconoce debido a que los pacientes con enfermedades ampollas no se someten a procedimientos endoscópicos o incluso cuando se realizan pueden pasar inadvertidas o diagnosticarse erróneamente. En este caso clínico, el paciente recibió tratamiento con inmunosupresor y esteroide al confirmar el diagnóstico de afectación esofágica del pénfigo vulgar, con lo que presentó adecuada respuesta y mejoría sintomática.

**Conclusiones:** El reconocimiento del compromiso esofágico en el pénfigo vulgar es todavía infrecuente, pero es importante ya que el tratamiento temprano con corticoesteroides e inmunosupresores puede mejorar la evolución clínica. Por lo tanto, en pacientes con pénfigo vulgar y otras enfermedades ampollas autoinmunitarias, la evaluación endoscópica temprana debe estar indicada cuando se presentan síntomas de compromiso esofágico.

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

## Dom040

**POLIPOSIS LINFOMATOSA MÚLTIPLE: PROLAPSO RECTAL COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD**

A. A. Garza-Galindo, F. García-Villarreal, J. P. Bran-Alvarado, G. C. Celis-Valenzuela, J. L. Herrera-Elizondo, J. A. González-González, D. E. García-Mendoza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** La poliposis linfomatosa constituye un reto diagnóstico para el gastroenterólogo. La presentación clínica puede abarcar dolor abdominal, sangrado de tubo digestivo e incluso prolapso rectal de las lesiones polipoides.

**Objetivo:** Exponer una presentación atípica de la poliposis linfomatosa gastrointestinal.

**Informe de caso:** Hombre de 57 años; el motivo de consulta fue el prolapso anorrectal. Inicia el padecimiento con la presencia de masa a nivel rectal que muestra prolapso por canal anal y posterior reducción espontánea de éste; niega relación con dolor u otros síntomas constitucionales. Un mes posterior muestra evacuaciones con sangrado rojo brillante, indoloras, que se presentan en días alternados, las cuales se autolimitan. El cuadro se acompaña de astenia y adinamia por lo que acude a valoración. La exploración con tacto rectal revela tono adecuado, con palpación de masa blanda a 3 cm del margen anal, de 4 cm en su diámetro mayor, móvil, con prolapso a la maniobra de Valsalva (Fig. 1). Estudios de laboratorio: hemoglobina 9.6 mg/dL, LDH 386. Se realiza colonoscopia y se identifican nodulaciones de aspecto polipoide distribuidas desde el ciego hasta el recto inferior, algunas con presencia de exudados blanquecinos en su superficie y con coágulos adheridos que se lavan sin evidenciar vasos a tratar. La nodulación de mayor tamaño se halla a nivel del recto inferior y tiene un diámetro mayor aproximado de 4 cm. Se realiza endoscopia superior y se encuentra en esófago medio e inferior mucosa con nodulaciones de aspecto subepitelial, cavidad gástrica con pliegues gástricos engrosados con nodulaciones en cuerpo, antro y curvatura menor. Se toman biopsias de las lesiones.

**Resultados:** Linfoma de células del manto, positivas para t (11:14) (q13: q21). Se realiza tomografía abdominal que identifica conglomerados de adenomegalias retroperitoneales, iliacas, mesentéricas e inguinales, así como engrosamiento difuso del estómago. Se refiere al paciente para seguimiento y tratamiento al servicio de hematología. Se indica un ciclo de quimioterapia con ciclofosfamida, vincristina, hidroxidaunorrubina, prednisona y rituximab.

**Discusión:** Los linfomas extranodales tipo no Hodgkin son más frecuentes en el tracto gastrointestinal y se presentan en casi 35% de los casos; son más frecuentes en el estómago, seguido del intestino delgado y en menor proporción el colon. Cornes describió por primera vez la poliposis linfomatosa en 1961 y se encuentra en pacientes con linfoma de células del manto, aunque puede observarse en otros tipos de linfoma de células B y T. El cuadro clínico presente en los pacientes puede incluir dolor abdominal, diarrea, ascitis quílica, melena o hematoquecia. El inicio de la enfermedad con prolapso rectal de una lesión polipoide se ha descrito sólo en dos informes de caso y en la población pediátrica. La sospecha clínica se basa en hallazgos endoscópicos e incluye la presencia de pólipos que aparecen a lo largo del tubo digestivo de diversos tamaños. La inmunohistoquímica es esencial para el diagnóstico de linfoma de células del manto. El tratamiento quimioterapéutico en el linfoma del manto puede incluir ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona y puede agregarse el anti-CD20 rituximab. Por lo general se obtiene la regresión macroscópica y microscópica de las lesiones y la duración media de la supervivencia es de tres a cuatro años.

**Conclusiones:** La poliposis linfomatosa múltiple es una entidad rara, pero no debe soslayarse dentro de los hallazgos endoscópicos indicativos de pólipos. El correcto diagnóstico puede ofrecer al paciente un tratamiento y pronóstico específicos.

**Financiamiento:** Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

**Figura 1.** Prolapso anorrectal; lesión nodular que prolapsa con la maniobra de Valsalva. (Dom040)



## Dom041

### SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELLOCK

M. J. Sánchez-Otero, C. A. Téllez-Hinojosa, S. Rodríguez-Jacobo, R. Jiménez-Castillo, R. A. Rodríguez-Martínez, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintanilla, H. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** El síndrome de McKittrick-Wheelock se caracteriza por la presencia de diarrea hipersecretora que causa alteraciones hidroelectrolíticas, tales como hiponatremia grave, hipopotasemia, hipocloremia, acidosis metabólica y deshidratación, en relación con adenomas vellosos de gran tamaño localizados en el recto.

**Objetivo:** Considerar el síndrome de McKittrick-Wheelock como diagnóstico diferencial en el abordaje de pacientes con diarrea crónica y desequilibrio hidroelectrolítico.

**Informe de caso:** Paciente femenina de 46 años con antecedente de colecistectomía por litiasis vesicular, múltiples hospitalizaciones por debilidad y desequilibrio hidroelectrolítico que recibió reposición de líquidos y electrolitos; el resto negado. Inicia padecimiento en febrero de 2022 al presentar dolor abdominal generalizado acompañado de múltiples evacuaciones diarreicas e incontinencia fecal. Acude a valoración médica y la TAC abdominal identifica engrosamiento circunferencial irregular a nivel del recto con extensión a sigmoides de 11.6 cm de extensión y grosor de 3.2 cm. Acude al hospital de los autores por alteración del estado de alerta; a su ingreso está hemodinámicamente estable, estuporosa, con mucosas subhidratadas, debilidad de extremidades, y el resto sin alteraciones. Estudios de laboratorios: Hb 10, Hcto 31, leu 1, neu 8.1, gluc 89, cr 0.6, Na 114, K 1.6, Cl 57, Osm sérica calculada 241. Se inicia abordaje médico por

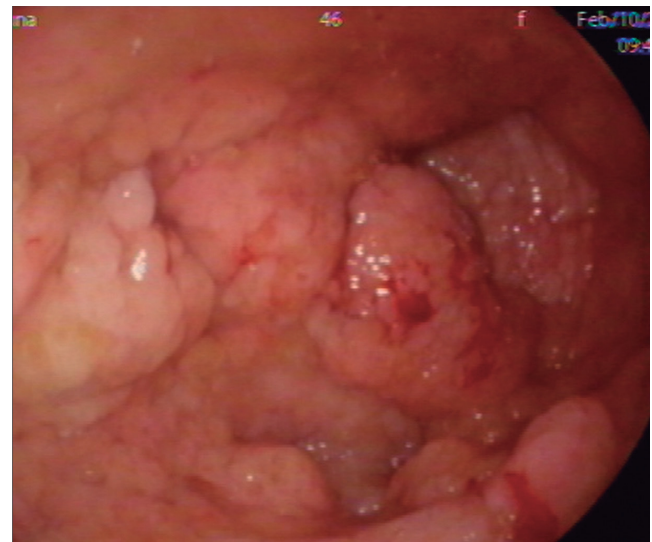
antecedente de masa en recto y se realiza colonoscopia en la que se encuentran abundantes pólipos a lo largo del colon < 100, con tumoración exofítica en ángulo esplénico de 3 cm, Paris 0 Is, tumoración aplanada ulcerada en el descendente de 2 cm, Paris 0 IIA+C y tumoración exofítica en el recto con extensión a canal anal; se toman biopsias (Fig. 1). RHP: adenoma tubular con displasia de bajo grado en ciego y colon transversal, displasia de alto grado en colon sigmoide y adenoma tubulovelloso con displasia de bajo grado en recto. Paciente valorada por el servicio de oncología y cirugía oncológica; se propuso proctocolectomía total por colectomía.

**Discusión:** Los adenomas vellosos que se encuentran en este síndrome tienen un componente adenomatoso con múltiples células mucosecretoras que llevan a los trastornos hidroelectrolíticos ya descritos. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica.

**Conclusiones:** El síndrome de McKittrick-Wheelock es poco frecuente, por lo que es habitual el retraso diagnóstico, lo que da lugar a complicaciones graves que incrementan la mortalidad, por lo que debe tomarse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con diarrea e hiponatremia con volumen extracelular disminuido.

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

**Figura 1.** Tumoración grande exofítica en el recto con extensión al canal anal. (Dom041)



## Dom042

### HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON DISPEPSIA: LA IMPORTANCIA DE LOS SÍNTOMAS ATÍPICOS Y NO SÓLO LOS DATOS DE ALARMA

A. G. Vega-Guerra, E. S. Yin-Bañuelos, A. Páez-Barrantes, F. F. Félix-Téllez, E. Ruiz-Holguín, J. M. Avendaño-Reyes, A. R. Flores-Rendón, UABC

**Introducción:** La dispepsia es un síndrome altamente prevalente en el medio y la de tipo funcional es la más frecuente; existen variables conocidas como datos de alarma que intentan predecir la dispepsia orgánica, aunque poco se ha investigado acerca de los síntomas dispépticos y su nexa con los hallazgos endoscópicos.

**Objetivo:** Determinar si los síntomas de dispepsia guardan relación con los hallazgos endoscópicos de dispepsia orgánica, como atrofia, erosiones y úlceras en estómago o duodeno.

**Material y métodos:** Se estudió a 80 pacientes adultos sometidos a endoscopia del tubo digestivo alto por dispepsia en el año 2022 en la unidad regional de endoscopia avanzada GASTROMEDICAL en la ciudad de Mexicali, Baja California. Se aplicó una entrevista médica y se consultaron características demográficas y síntomas de reflujo gastroesofágico y dispepsia. Se realizó endoscopia del tubo digestivo alto y se reunieron los hallazgos endoscópicos en esófago, estómago y duodeno; el procedimiento se realizó con videogastroscopio Fujifilm EG760R y equipo Fujifilm Eluxeo 7000. Los hallazgos se presentan en totales, medias, medianas, desviación estándar y porcentajes. La relación de síntomas con hallazgos endoscópicos se estableció con la prueba ji cuadrada y las variables significativas se sometieron a análisis multivariado. El análisis se efectuó con el paquete SPSS v21.

**Resultados:** Un total de 80 pacientes (edad  $48.31 \pm 15$  años, 75% de varones) tenía antecedente de diabetes mellitus (7.5%), hipertensión arterial (30%), tabaquismo (3.75%), etilismo (23.75%) y consumo de AINE (35%). Los pacientes con dolor epigástrico mostraron disminución del RAC (OR, 2.85; IC95%, 0.969-8.422;  $p = 0.048$ ), eritema del antro (OR, 2.89; IC95%, 0.937-8.918;  $p = 0.049$ ) y con menor proporción esofagitis (OR, 0.843; IC95%, 0.729-0.949;  $p = 0.022$ ) y hernia hiatal (OR, 0.152; IC95%, 0.032-0.724;  $p = 0.008$ ). La náusea (OR, 0.236; IC95%, 0.066-0.853;  $p = 0.031$ ) y el vómito (OR, 0.560; IC95%, 0.458-0.684;  $p = 0.064$ ) fue menos prevalente en pacientes con RAC conservado. La saciedad temprana se vinculó con atrofia duodenal (OR, 6.818; IC95%, 1.275-36.475;  $p = 0.019$ ). La sensación de hambre molesta se acompañó de erosiones antrales (OR, 6.327; IC95%, 1.639-24.420;  $p = 0.010$ ) y eritema del antro (OR, 0.231; IC95%, 0.062-0.864;  $p = 0.032$ ), y sólo las erosiones fueron las que se vincularon de manera independiente con hambre molesta (OR, 8.333; IC95%, 1.752-39.649;  $p = 0.009$ ).

**Conclusiones:** La dispepsia es una alteración frecuente; los síntomas atípicos o que no se notifican con frecuencia, como el hambre molesta, pueden relacionarse con la presencia de dispepsia orgánica.

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

## Dom043

### TUMOR NEUROENDOCRINO AMPULAR, ABORDAJE MEDIANTE AMPULECTOMÍA ENDOSCÓPICA

A. M. Mijangos-Trejo, A. L. Ordóñez-Vázquez, J. Lizardi-Cervera, C. Bautista-Mondragón, P. Mendoza-García, E. Medina-Ceballos, E. Juárez-Hernández, Y. I. López-Méndez, Hospital Médica Sur

**Introducción:** Los tumores ampulares (TA) representan 0.8% de los tumores gastrointestinales, 95% de ellos afecta a la cabeza del páncreas y 90% corresponde a adenocarcinomas pancreatobiliares. Los tumores neuroendocrinos (TNE) representan el 2% de las neoplasias ampulares: 1/100 000 individuos. La manifestación más común de los TA es la ictericia obstructiva y 60% es asintomático. El abordaje diagnóstico incluye colangiografía resonancia magnética y ultrasonido endoscópico (USE) con toma de biopsia, este último considerado la norma de referencia (sensibilidad, 94%); el diagnóstico definitivo requiere confirmación histológica. La opción terapéutica depende del tamaño, tipo histológico, extensión intraductal, marcadores de replicación celular y extensión. El abordaje más común es la pancreatoduodenectomía (PD); sin embargo, en casos seleccionados pueden considerarse la papilectomía quirúrgica o la ampulectomía endoscópica (AE) dentro de las opciones terapéuticas; la AE ha mostrado buenos desenlaces, incluida la supervivencia, con mínimas complicaciones relacionadas con el procedimiento.

**Objetivo:** Describir el caso clínico de una paciente con TNE ampular resecado con técnica de AE.

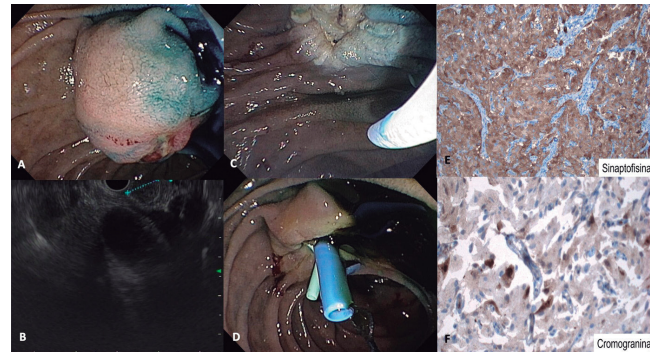
**Informe de caso:** Mujer de 65 años con dolor abdominal crónico recurrente, motivo por el cual se solicita TAC de abdomen que revela dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática y ducto pancreático principal. La colangiografía muestra lesión en el ampulla duodenal. El USE identificó una lesión de 16 mm sin extensión a ducto biliar y sin invasión local. Por FNB: TNE. La CPRE delineó una lesión de 16 mm en el ampulla duodenal (Fig. 1). Se realizó canulación selectiva de la vía pancreática para marcaje con azul de metileno en la cual se observó una fistula biliopancreática duodenal. Se practicó AE en bloque con colocación de prótesis pancreática y biliar. Histología: células neoplásicas neuroendocrinas con tinción positiva para sinaptofisina y cromogranina, con Ki-67 < 1%, sin invasión linfocelular, bordes negativos, consistente con tumor neuroendocrino.

**Discusión:** La PD se vincula con morbilidad del 59% y mortalidad del 2%, mientras que la AE tiene una tasa menor de efectos adversos (OR, -0.28; IC95%, -0.39 a -0.18;  $p < 0.001$ ) por lo que debe elegirse la primera línea terapéutica si existen criterios endoscópicos de resecabilidad (tasas de resección completa y curativa de 94.2% [IC95%, 90.5-96.5] y 87.1%, respectivamente).

**Conclusiones:** El tratamiento endoscópico de los TA tiene menor tasa de efectos adversos, sin comprometer el potencial curativo. La evaluación de este tipo de lesiones es fundamental para seleccionar la mejor herramienta terapéutica.

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

**Figura 1.** A, lesión dependiente del ampulla duodenal con mucosa superficial endoscópicamente normal. B, ultrasonido endoscópico con lesión de 16 mm hiperecogénica, bien delimitada y extensión al ducto biliar. C, ampulectomía endoscópica con asa caliente. D, prótesis biliar y pancreática posterior a ampulectomía endoscópica. E, positividad difusa de las células neoplásicas para tinción de sinaptofisina. F, positividad difusa de las células neoplásicas para tinción de cromogranina. (Dom043)



## Dom044

### DETECCIÓN DE PÓLIPOS Y ADENOMAS EN TIEMPO REAL ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL DURANTE LA COLONOSCOPIA: ESTUDIO DE DIAGNÓSTICO UNICÉNTRICO

C. Robles-Medrandá, L. F. Torreblanca-Sierra, V. Oregel-Aguilar, C. Cifuentes-Gordillo, M. Arevalo, M. Puga-Tejada, R. Del Valle, J. Alcívar-Vasquez, H. Alvarado-Escobar, J. Barreto-Perez, J. Rodriguez, D. Calle-Loffredo, H. Pitanga-Lukashok, Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED)

**Introducción:** Múltiples factores afectan la tasa de detección de pólipos/adenomas (p. ej., la preparación intestinal). El detector de pólipos asistido por inteligencia artificial (IA) Discovery (Pentax

Medical, Hoya Group) se lanzó al mercado en fecha reciente para la práctica médica.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de la colonoscopia asistida por IA en la práctica clínica.

**Material y métodos:** Pacientes consecutivos > 45 años sometidos a colonoscopia HD (nov/2020-mar/2021). Un primer operador evaluó solo con colonoscopia HD y un segundo (cegado a los hallazgos anteriores) evaluó con una colonoscopia HD asistida por IA. El protocolo del estudio recibió aprobación del Comité de Ética local. Los datos se analizaron en R v4.0. NCT04915833.

**Resultados:** Se realizaron 115 colonoscopias en 115 pacientes. La tasa de detección de pólipos y adenomas fue de 132 (64.3) y 73 (35.6%), detectados respectivamente en 58/115 (50.4%) pacientes: 19/205 (9.3%) NICE II, 7/205 (3.4%) > 10 mm (Tabla 1). De éstos, el segundo operador asistido con IA identificó 44 pólipos y cuatro adenomas. La frecuencia de pacientes con pólipos/adenomas detectados apropiadamente por IA (sensibilidad) entre diferentes segmentos del colon osciló entre 56.25% (recto) y 78.26% (colon ascendente). Además, la capacidad de la IA para la descarga adecuada de presencia de pólipos/adenomas (valor predictivo negativo, VPN) fluctuó entre el 61.54% (sigmoides) y el 89.09% (ciego). Sin embargo, se observaron tasas más bajas de especificidad (8.42%-49.49%) y valor predictivo positivo (VPP, 9.89%-19.78%) debido a un alto número de falsos positivos.

**Conclusiones:** Discovery IA es una herramienta viable para ayudar a los endoscopistas durante la colonoscopia para reconocer pólipos y adenomas. Sin embargo, la tasa elevada de falsos positivos limita su precisión general. El desarrollo de esta tecnología con videos de

colonoscopias normales podría reducir la tasa de falsos positivos y aumentar la precisión general.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom045

### COMBINACIÓN DE LA RETIRADA EN ANTE- Y RETROFLEXIÓN DURANTE VIDEOCOLONOSCOPIA MEDIANTE EQUIPO RADIAL DE GIRO CORTO (SHORT-TURN) DE SEGUNDA GENERACIÓN

C. Robles-Medranda, V. Oregel-Aguilar, L. F. Torreblanca-Sierra, C. Cifuentes, M. Puga-Tejada, J. M. Alcivar-Vasquez, R. Del Valle-Zavala, H. Alvarado, M. Arevalo-Mora, R. C. Merfea, J. Barreto-Perez, J. Rodriguez, H. Pitanga-Lukashok, Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED)

**Introducción:** Los pólipos y adenomas se pasan por alto de modo inadvertido en la colonoscopia debido a factores como la ubicación de las lesiones en áreas difíciles (p. ej., el lado proximal de la válvula ileocecal).

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la retirada combinada hacia delante y atrás mediante un colonoscopio de radio de giro corto de segunda generación durante la colonoscopia.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo no aleatorizado. Los pacientes se sometieron primero a una colonoscopia estándar de alta

Tabla 1. Caracterización de polipos/adenomas. (Dom044)

	Total (n = 205)	Recto (n = 46)	Sigmoides (n = 34)	Descendente (n = 20)	Transverso (n = 24)	Ascendente (n = 54)	Ciego (n = 27)
<b>NICE</b>							
I	186 (90.7)	44	32	16	22	49	23
II	19 (9.2)	2	2	4	2	5	4
III	-	-	-	-	-	-	-
<b>Tamaño (mm)</b>							
0-5	132 (64.3)	44	28	13	22	1	24
5-10	66 (32.1)	2	6	7	2	48	1
> 10	7 (3.4)	-	-	-	-	5	2
<b>Remoción</b>							
Fórceps	181 (88.2)	44	29	14	21	48	25
Asa fría	16 (7.8)	1	3	6	3	3	
Asa caliente	8 (3.9)	1	2	-	-	3	2
<b>Indicadores de rendimiento</b>							
	<b>Sensibilidad</b>	<b>Especificidad</b>	<b>VPP</b>	<b>VPN</b>	<b>Acuerdo</b>		
<b>Recto</b>	9/16; 56.25 (29.88-80.25)	49/99; 49.49 (39.29-59.73)	9/59; 15.25 (7.22-26.99)	49/56; 87.5 (75.93-94.82)	58/115; 50.43 (40.96-59.89)		
<b>Sigmoides</b>	15/20; 75 (50.9-91.34)	8/95; 8.42 (3.71-15.92)	15/102; 14.71 (8.47-23.09)	8/13; 61.54 (31.58-86.14)	23/115; 20 (13.12-28.48)		
<b>Descendente</b>	9/13; 69.23 (38.57-90.91)	20/102; 19.61 (12.41-28.65)	9/91; 9.89 (4.62-17.95)	20/24; 83.33 (62.62-95.26)	29/115; 25.22 (17.58-34.17)		
<b>Transverso</b>	10/15; 66.67 (38.38-88.18)	20/100; 20 (12.67-29.18)	10/90; 11.11 (5.46-19.49)	20/25; 80 (59.3-93.17)	30/115; 26.09 (18.34-35.1)		
<b>Ascendente</b>	18/23; 78.26 (56.3-92.54)	19/92; 20.65 (12.92-30.36)	18/91; 19.78 (12.16-29.45)	19/24; 79.17 (57.85-92.87)	37/115; 32.17 (23.77-41.53)		
<b>Ciego</b>	8/14; 57.14 (28.86-82.34)	49/101; 48.51 (38.45-58.67)	8/60; 13.33 (5.94-24.59)	49/55; 89.09 (77.75-95.89)	57/115; 49.57 (40.11-59.04)		

definición, seguida de un segundo procedimiento que combinaba la anteflexión y retroflexión realizada por un operador diferente. Las lesiones detectadas en los segundos procedimientos se consideraron originalmente pasadas por alto durante la colonoscopia estándar. Se calculó la tasa de detección de pólipos (PDR) y la tasa de detección de adenoma (ADR) de las técnicas de colonoscopia estándar y combinada. El análisis estadístico se realizó en R.4.0.3. NCT03901651.

**Resultados:** Se realizó un total de 319 colonoscopias completas en 319 casos combinando anteflexión y retroflexión. Motivo de la colonoscopia: diagnóstica en 266 (83.4%), cribado en 41 (12.9%) y vigilancia de polipsectomía/cáncer colorrectal (CCR) en 12 (3.8%). En cuanto al tamaño de las lesiones, 140/163 (85.9%) detectadas en la visión frontal eran < 5 mm, mientras que durante el segundo procedimiento (anteflexión y retroflexión combinadas), 65/71 (91.5%) tenían tamaño < 5 mm y 6/71 (8.5%) de 5 a 10 mm. En la visualización hacia adelante, PDR y ADR fueron de 45.1 y 16.3, respectivamente. Para el segundo procedimiento (anteflexión y retroflexión combinadas), la PDR y la ADR aumentaron a 21.9 y 7.8, respectivamente (Tabla 1).

**Conclusiones:** Se observó que la técnica combinada de anteflexión y retroflexión durante la colonoscopia aumenta la PDR y la ADR en comparación con la colonoscopia estándar. Se necesitan estudios multicéntricos más grandes para validar estos datos.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Tabla 1.** Frecuencia de detección de pólipos/adenomas en diferentes segmentos del colon y tasa de imposibilidad de retirada en retroflexión. (Dom045)

	Primer procedimiento (vista hacia adelante) (n = 163/319)	Segundo procedimiento (anteflexión y retroflexión) (n = 71/319)	Imposibilidad de retroflexión (n = 319)
Recto	19 (11.7)	7 (9.8)	2 (0.6)
Sigmoides	44 (26.9)	18 (25.3)	68 (21.3)
Descendente	29 (17.7)	17 (23.9)	7 (2.2)
Transverso	33 (20.2)	15 (21.1)	1 (0.3)
Ascendente	55 (33.7)	17 (23.9)	1 (0.3)
Ciego	22 (13.5)	6 (8.4)	n/a

## Dom046

### EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LA CLASIFICACIÓN DE JNET CON NBI + NEAR FOCUS PARA TUMORES COLORRECTALES

A. Y. Ponce-Kuri, N. E. Aguilar-Olivos, F. Rojas-Mendoza, Y. Gutiérrez-Grobe, J. A. Fernández-Rivero, L. F. De Giau-Triulzi, L. Escobedo-Berumen, J. L. Romero-Flores, Hospital Médica Sur

**Introducción:** La clasificación del equipo de expertos NBI de Japón (JNET) es la primera clasificación unificada para tumores colorrectales que utiliza imágenes de banda estrecha (NBI) con aumento. Sin embargo, la eficacia diagnóstica de la clasificación JNET con NBI + Near focus (NF) no se ha estudiado por completo.

**Objetivo:** Analizar la eficacia diagnóstica de NBI + NF-JNET para tumores colorrectales en un centro hospitalario de la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo en el cual se incluyeron pólipos colorrectales caracterizadas

con NBI + NF. Cinco endoscopistas experimentados realizaron un estudio de evaluación de imágenes, una imagen de luz blanca no ampliada representativa y una imagen con NBI + NF representativa para cada una de las lesiones consecutivas. Con posterioridad se clasificó con JNET y se comparó el rendimiento diagnóstico del análisis de imagen de los endoscopistas con el informe de anatomía patológica. Se realizó estadística descriptiva e inferencial y se corroboró significancia ( $p \leq 0.05$ ). Se registraron sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo con la clasificación JNET e histología.

**Resultados:** Se incluyó a un total 51 pólipos; los pacientes tenían una media de edad de  $59.8 \pm 11.92$  años, con predominio del sexo masculino (51% vs. 49%). Se obtuvo sensibilidad del 51% ( $p = 0.001$ ) para todos los tipos de lesiones y 80% para JNET 1, 63.1% para 2A, 46.1% para 2B y 50% para 3. Las lesiones no neoplásicas fueron 70.6% (JNET 1, 2A) y 29.4% las neoplásicas (JNET 2B, 3), de tal modo que se obtuvo una eficacia diagnóstica con una sensibilidad del 80% ( $p = 0.009$ ) y una especificidad de 83.8% ( $p = 0.004$ ), con valor predictivo positivo de 66% y valor predictivo negativo de 97%.

**Conclusiones:** Aunque en las publicaciones médicas existen pocos estudios sobre la eficacia diagnóstica con NBI + NF-JNET, en este estudio se pudo observar que el rendimiento diagnóstico de NBI + NF-JNET para todo tipo de lesiones es de 51% y para distinguir entre lesiones neoplásicas y no neoplásicas de 80%.

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

## Dom047

### DETERMINACIÓN DE UN PUNTO DE CORTE DE FIT ÓPTIMO PARA EL TAMIZAJE EN CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO PROSPECTIVO EN POBLACIÓN MEXICANA

B. A. Sánchez-Jiménez, G. Sánchez-Márquez, J. L. Núñez-Grifaldo, M. C. Manzano-Robleda, J. Sánchez-del Monte, A. Hernández-Guerrero, Instituto Nacional de Cancerología

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es el cuarto cáncer más común y el tercero con mayor mortalidad en este país. A pesar de su elevada incidencia y mortalidad, no existen programas de tamizaje generalizados en México. En la actualidad, la mejor estrategia conocida para la detección de CCR es la colonoscopia periódica basada en factores de riesgo individuales, pero ese estudio está lejos de ser una herramienta perfecta para el tamizaje debido a su naturaleza invasiva, su falta de disponibilidad, la incomodidad que representa la preparación colónica, entre otras desventajas. Algunas guías internacionales han aceptado la prueba de detección de sangre en heces basada en inmunohistoquímica (FIT) como una prueba alternativa para el tamizaje de CCR; sin embargo, los puntos de corte provienen de evidencia escasa y pocos casos de CCR y no se realiza en la población mexicana.

**Objetivo:** Determinar un punto de corte en FIT óptimo para la población mexicana.

**Material y métodos:** Este estudio se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología entre junio de 2017 y junio de 2022. Se incluyó de manera prospectiva a pacientes con riesgo promedio para CCR y sin signos de alarma. Se sometieron a FIT y luego a colonoscopia. Se analizaron los hallazgos de la colonoscopia y la detección de adenocarcinomas y adenomas avanzados; se calculó el área bajo la curva característica operativa del receptor (AUROC) para determinar mediante el índice de Youden el mejor punto de corte. Se propusieron diversos puntos de corte y se calcularon el NNS (number needed to scope), el PLR (positive likelihood ratio) y el NLR (negative likelihood ratio). Por último, se compararon estos puntos de corte con



Tabla 1. (Dom047)

Cut-off value	Sen.	Esp.	PPV	NPV	PLR	NLR	NNS	% advanced adenomas/ adenocarcinomas missed	% extra colonoscopies*
20 ng Hb/mL	96.9% (84.2-99.9%)	23.6% (18.2-29.7%)	14.76% (13.61-16%)	98.28% (89.12-99.75%)	1.27 (1.16-1.40)	0.13 (0.02-0.90)	7.6	3%	50%
40 ng Hb/mL	87.8% (71.8-96.6%)	52.6% (45.9-59.3%)	20.21% (17.35-23.40%)	96.96% (92.65-98.77%)	1.86 (1.54-2.24)	0.2 (0.09-0.58)	5.5	12.1%	24%
70 ng Hb/mL	81.8% (64.5-93%)	69.6% (63.1-75.5%)	26.88% (22.16-32.18%)	96.56% (93.13-98.31%)	2.7 (2.09-3.48)	0.26 (0.13-0.54)	4	18.2%	8%
100 ng Hb/mL	69.7% (51.2-84.4%)	77.2% (71.1-82.5%)	29.45% (23.09-36.73%)	94.92% (91.73-98.92%)	3.06 (2.20-4.26)	0.39 (0.23-0.66)	3.84	30.3%	Ref

100 ng de hemoglobina (Hb)/mL para determinar la proporción de adenomas avanzados o adenocarcinomas no detectados y el número de colonoscopias adicionales requeridas.

**Resultados:** Se incluyó a 325 pacientes y se excluyó a cuatro que refirieron tener algún dato de alarma o antecedente familiar o personal de CCR; 64 pacientes no aceptaron la colonoscopia. Se analizó a un total de 257 individuos, 65.4% de mujeres (n = 225), con una mediana de 59 años (54-64), un IMC de 27.11 (24.3-30.70), 18.8% (n = 65) de fumadores y 68% (n = 234) con sobrepeso u obesidad; 12% de los pacientes tenía adenoma avanzado o adenocarcinoma. Se determinó el mejor punto de corte en 70 ng Hb/mL con 0.81 (0.72-0.90), sensibilidad de 81.82%, especificidad de 69.64%, un valor predictivo negativo de 96.5% y un NNS de 4 con 12% menos adenomas avanzados o adenocarcinomas no detectados (comparado con 100 ng/mL) y 8% colonoscopias adicionales (en comparación con 24% y 50% con puntos de corte de 40 y 20 ng/mL, respectivamente) (Tabla 1).

**Conclusiones:** Un punto de corte de 70 ng/mL podría ser más útil en esta población en comparación con 100 ng/mL, al detectar 12% más adenomas de alto riesgo o adenocarcinomas y sólo con 8% de colonoscopias adicionales.

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

## Dom048

### CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE PACIENTES JÓVENES CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD EN LA COLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

K. E. Aldama-López, C. I. Díaz-Valencia, J. C. Zavala-Castillo, Cruz Roja

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) en México es el cáncer más frecuente de origen gastrointestinal con 14 901 casos nuevos en el 2020, y el sexto más letal con 6 245 muertes durante el mismo año. En Estados Unidos, hasta el 30% de los tumores malignos rectales se diagnostica en pacientes menores de 55 años y 40 años antes era del 2% al 10%. En México se espera un incremento de la incidencia de CCR en pacientes menores de 50 años.

**Objetivo:** Determinar las características endoscópicas y patológicas de los pacientes menores de 50 años con hallazgos endoscópicos indicativos de proceso maligno en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en el Hospital General de México desde enero de 2019 hasta junio de 2022, en el que se incluyó a los pacientes con hallazgos

endoscópicos de tumoración maligna entre los 18 y los 49 años. Se recabaron variables de género, edad, antecedente familiar de primer grado de cáncer colorrectal y enfermedades relacionadas con este último. Se describieron características de acuerdo con la localización endoscópica y estudio de histopatología.

**Resultados:** Se analizó a un total de 83 pacientes menores de 50 años con hallazgos colonoscópicos de tumor maligno; la media de edad fue de 39 años (DE, 7.43; intervalo, 20-49 años), el 44.6% correspondió a mujeres (n = 37), el 3.6% (n = 3) tuvo familiares de primer grado con CCR y 5 pacientes (6.1%) contaban con comorbilidades relacionadas con el desarrollo de CCR. En la colonoscopia diagnóstica se encontraron en todos los casos tumores exofíticos que causaban estenosis parcial. La histopatología registró una causa benigna en un total de 13 casos (15.7%). Los hallazgos malignos se identificaron en el 84.3% (n = 70) de los casos con sospecha endoscópica. El hallazgo histopatológico más común fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado en 34 pacientes (41%), localizado con mayor frecuencia en el recto seguido de la localización en el colon sigmoideos.

**Conclusiones:** Es probable que la baja sospecha médica de cáncer colorrectal en pacientes jóvenes atrase el diagnóstico, por lo que es importante resaltar que el cáncer colorrectal no es exclusivo de adultos mayores y que todos los pacientes con signos de alarma, como rectorragia, cambios en el hábito intestinal, pérdida de peso involuntaria y clasificados como de alto riesgo, deben someterse a colonoscopia para descartar un proceso maligno. La colonoscopia es todavía la mejor herramienta para el tamizaje y la detección de lesiones en la mucosa colónica y el mejor método para obtener biopsias, que establecen el diagnóstico definitivo de enfermedad maligna. Además, al ser CCR de origen esporádico es probable que se deba a factores ambientales o higiénico-dietéticos. La etiología exacta en este grupo de edad aún se desconoce. En México existen pocas publicaciones acerca de la epidemiología y los factores de riesgo en menores de 50 años con cáncer colorrectal, por lo que conocer estos datos permitiría desarrollar nuevas medidas para prevención, tamizaje y tratamiento oportuno.

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

## Dom049

### COMPARACIÓN ENTRE CLASIFICACIÓN DE BOSTON 6-7 Y 8-9 PARA LA TASA DE DETECCIÓN DE PÓLIPOS Y ADENOMAS

A. Y. Ponce-Kuri, N. E. Aguilar-Olivos, F. Rojas-Mendoza, J. L. Romero-Flores, L. Escobedo-Berumen, R. Reyes-Avenidaño, Hospital Médica Sur

**Introducción:** La adecuada preparación intestinal es fundamental para maximizar el rendimiento diagnóstico y la detección de pólipos y adenomas. La preparación intestinal inadecuada se vincula con tasas significativamente más bajas de detección de adenomas e intervalos de vigilancia más cortos.

**Objetivo:** Comparar la tasa de detección de pólipos y adenomas con las clasificaciones de Boston 6-7 y 8-9.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, en el cual se incluyeron colonoscopias desde febrero hasta abril de 2022 y se evaluó la preparación intestinal con la clasificación de Boston, incluidos estudios con las clasificaciones de Boston 6-7 y 8-9, pero no los estudios con la clasificación de Boston < 6. Con posterioridad se comparó la tasa de detección de pólipos y adenomas entre estas dos poblaciones. Se realizó estadística descriptiva y se obtuvieron frecuencias, media y desviación estándar; además, bajo pruebas de normalidad se realizó estadística inferencial con ji cuadrada para variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas y corroboración de significancia estadística.

**Resultados:** Se incluyó a un total 254 colonoscopias, 81 pacientes con Boston 6-7 y 173 con Boston 8-9; la edad media fue de  $58.02 \pm 10.3$  con predominio del sexo femenino (54.3%) en el grupo de Boston 6-7 y edad media de  $58.3 \pm 12$  con predominio del sexo femenino (54.9%) en el grupo de Boston 8-9. La media de hallazgos de pólipos por colonoscopia con Boston 6-7 fue de  $2.21 \pm 2.8$ , y con Boston 8-9 de  $2.6 \pm 3.5$  ( $p = 0.507$ ). La media de hallazgos para adenomas por colonoscopia con Boston 6-7 fue de  $0.83 \pm 1.5$  y con Boston 8-9 de  $1.11 \pm 1.8$  ( $p = 0.167$ ). Sin evidencia de pólipos con Boston 6-7, la cifra fue de 33.3% en comparación con 29.5% con Boston 8-9. Sin evidencia de adenomas con Boston 6-7 fue de 59.3% en comparación con 53.2% con Boston 8-9.

**Conclusiones:** La ventaja de una adecuada preparación intestinal con Boston 8-9 incrementa casi un 10% la tasa de detección de adenomas y casi un 8% la tasa de detección de pólipos. Se debe hacer hincapié en la adecuada preparación intestinal, ya que es la base para realizar un estudio endoscópico de calidad, con la finalidad de aumentar la tasa de detección de lesiones premalignas.

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

## Dom050

### FRECUENCIA DE HEMORRAGIA POR ÚLCERA ASOCIADA A *H. PYLORI* (HP) EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

R. C. Mendoza-Sangeado, S. M. I. Mejía-Loza, T. Deaquino-Reyes, F. Sánchez-Salinas, Hospital Juárez de México

**Introducción:** Son pocos los estudios clínicos que registran la prevalencia de úlcera relacionada con *H. pylori* en cirróticos determinada por biopsias endoscópicas: 5% a 20% contra 2% a 4% de la población general. El riesgo de hemorragia por úlcera es mayor respecto de la población general.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de úlcera por HP como causa de hemorragia en pacientes con cirrosis hepática que ingresaron al servicio de gastroenterología de enero de 2022 a enero de 2023.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal de una cohorte de cirróticos hospitalizados por hemorragia digestiva secundaria a úlcera relacionada con *H. pylori*. Se revisarán 263 endoscopias de cirróticos, sin incluir la hemorragia variceal, y se obtendrán datos epidemiológicos, causa de la cirrosis,

informe de biopsia y clasificación de Child-Pugh. Se analizarán datos con medidas de tendencia central.

**Resultados:** Se ha analizado un total de 263 informes revisados, 40 por úlcera con *H. pylori* ( $n = 40$ ), 57.5% de hombres ( $n = 23$ ) con promedio de 51 años y 42.5% de mujeres ( $n = 17$ ) con promedio de 61 años. Cirrosis por consumo de alcohol: 57%, MAFLD: 20%, autoinmunitaria: 17.5% y VHC: 7.5%. Se han identificado cifras de 72% y 92.5% en biopsias con actividad por HP, 55% duodenales y 45% gástricas.

**Conclusiones:** La relación de hemorragia por úlcera vinculada con HP se presentó en un porcentaje a considerar en el cual no influyó el deterioro de la función hepática; sin embargo, debe investigarse el efecto que tiene en la evolución, descompensación y pronóstico de los cirróticos y la efectividad de la erradicación.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom051

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA FALLA TERAPÉUTICA CON COAGULACIÓN CON ARGÓN PLASMA EN PACIENTES CON PROCTOPATÍA CRÓNICA POR RADIACIÓN

E. Amaya-Fragoso, A. I. Hernández-Guerrero, L. G. Beltrán-Galindo, P. González-Ballesteros, J. M. Jiménez-Gutiérrez, Instituto Nacional de Cancerología

**Introducción:** La coagulación con argón plasma (CAP) es el tratamiento endoscópico de elección para pacientes con proctopatía crónica por radiación; sin embargo, no se han identificado los factores de riesgo vinculados con la falla terapéutica.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo que se relacionan con la falla terapéutica y, de forma secundaria, los factores que explican la recurrencia de la enfermedad, y describir el desenlace de los pacientes con falla terapéutica y recurrencia.

**Material y métodos:** Se trató a 197 pacientes con CAP en un centro único y se analizaron de forma retrospectiva mediante regresión logística para identificar los factores de riesgo vinculados con la falla terapéutica y la recurrencia, respectivamente. La falla terapéutica se definió como sangrado persistente y disminución de la hemoglobina mayor de 1 g/dL en los 90 días siguientes a la cuarta sesión con CAP o proctopatía mayor de grado 2 después de seis sesiones con CAP. La recurrencia se definió como rectorragia y descenso de hemoglobina mayor de 1 g/dL después de 90 días del término del tratamiento con CAP y de la desaparición de los síntomas.

**Resultados:** Se identificaron 829 expedientes de pacientes con proctopatía crónica por radiación, de los cuales 197 se incluyeron en el estudio. Veinticuatro (12.06%) pacientes se clasificaron como falla del tratamiento con CAP. El requerimiento de transfusión o hemoglobina menor de 7 g/dL (OR, 12.19; IC, 2.78-53.45;  $p < 0.001$ ) y la frecuencia "grave" de rectorragia (OR, 2.76; IC, 1.13-6.72;  $p = 0.03$ ) se relacionaron con la falla terapéutica con CAP. Ocho pacientes (33.33%) con falla del tratamiento requirieron intervención quirúrgica para el control del sangrado por proctopatía crónica por radiación. Diecinueve pacientes del grupo con éxito terapéutico mostraron recurrencia de la enfermedad; no se identificaron factores de riesgo vinculados con la recurrencia ni el tiempo libre de recurrencia.

**Conclusiones:** El requerimiento de transfusión o hemoglobina menor de 7 g/dL y la frecuencia "grave" de rectorragia (más de cinco días por semana) se identificaron como los factores de riesgo más importantes para la falla terapéutica en pacientes con proctopatía crónica por radiación.

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

## Dom052

## HEMORRAGIA DIVERTICULAR AGUDA, CLASIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

G. A. Peña-Arellano, A. L. Osorio-Núñez, G. F. Pérez-Roa, D. García-Domínguez, M. S. González-Huezo, Centro Médico ISSEMyM

**Introducción:** La causa más frecuente de hemorragia del tubo digestivo bajo (HTDB) es la enfermedad diverticular, informada en 30% a 65%, aunque sólo el 20% se considera hemorragia diverticular definitiva. Debido a esta discrepancia, el grupo de investigación de hemostasia del *Center for Ulcer Research and Education (CURE)* propuso un sistema de clasificación: presunta hemorragia diverticular (PHD) como diverticulosis identificada en el estudio, sin evidencia del sitio de sangrado; diverticulosis incidental (DI), como diverticulosis identificada, pero con evidencia de otra causa de hemorragia secundaria, y hemorragia diverticular definitiva (HDD), con signos definitivos como sangrado activo, vaso visible y coágulo adherido. Diversos factores de riesgo, como diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HAS), enfermedad arterial coronaria (EAC) y consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), se relacionan con la hemorragia diverticular.

**Objetivo:** Clasificar los efectos de la HTDB secundarios a hemorragia diverticular en PHD, DI y HDD, y describir las características clínicas en un centro de tercer nivel de la zona centro del país.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo llevado a cabo en el Centro Médico ISSEMyM Metepec en un periodo de 10 años (2010-2020). Se incluyó a pacientes > 18 años, de ambos sexos, enviados al servicio de endoscopia con diagnóstico de HTDB aguda y donde se concluyó como causa de la HTDB la hemorragia diverticular; se clasificaron con el sistema CURE como PHD, DI y HDD. Se incluyeron variables demográficas y clínicas para la realización de un análisis descriptivo a través de medias, frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Se revisó un total de 177 expedientes, de los cuales 117 con HTDB se atribuyeron a hemorragia diverticular, 47.8% (n = 56) correspondió a mujeres y 52.1% (n = 61) a hombres, con edad media de 63.2 años (21-92 años). Se encontró PHD en 71.7% (n = 84), DI en 9.4% (n = 11) y HDD en 18.8% (n = 22). Las principales causas secundarias en el grupo de DI fueron neoplasias colónicas (n = 5) y angioectasias (n = 3); la HDD se notificó en 18.8% (n = 22). Dentro de los factores de riesgo para HDD se encontró 18.8% (n = 4) con DM, 59% (n = 13) con HAS, 18.8% (n = 4) con tabaquismo y 13.6% (n = 3) con consumo de AINE. La **Tabla 1** resume las características clínicas, demográficas y hallazgos endoscópicos de la población.

**Conclusiones:** Con base en la clasificación CURE, la HDD se informa en 20% de los pacientes con HTDB, muy similar a lo encontrado en esta serie que fue de 18.8%. De acuerdo con el informe de Jensen et al., los hallazgos colonoscópicos de HDD son hemorragia activa (21%), vaso visible (8%) y coágulo adherido (12%). Es importante tomar en cuenta que hasta un 80% de las hemorragias diverticulares es autolimitado, por lo que el abordaje a través de colonoscopia puede no arrojar confirmación diagnóstica al momento de su realización, pese a lo cual se ha registrado un alto riesgo de recurrencia del 13% a 48%; en consecuencia, tener la certeza diagnóstica de HDD modifica el seguimiento, pronóstico y tratamiento definitivo. Respecto de los factores de riesgo encontrados, la HAS representó el factor de riesgo más frecuente notificado en esta serie, el cual se ha catalogado como factor de riesgo independiente para el desarrollo de hemorragia diverticular (OR, 2.2; IC95%, 1.0-4.6) (Niikura et al.). En conclusión, la incidencia real de la hemorragia diverticular es incierta, si bien la evaluación minuciosa colonoscópica y el uso de clasificaciones como CURE podrían ayudar a redefinir la epidemiología de las causas de la HTDB, situada a la par de otras causas como la colitis isquémica

y la enfermedad hemorroidal. Este estudio constituye una de las pocas descripciones en México sobre las características demográficas y clínicas de la hemorragia diverticular.

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

**Tabla 1.** Características demográficas, clínicas y hallazgos de la colonoscopia en pacientes con diagnóstico de HTDB secundaria a enfermedad diverticular. (Dom052)

Características clínicas	Total = 117
<b>Edad</b>	Media 63.2 (intervalo, 21-92)
<b>Sexo</b>	
Mujeres (%)	61 (52.1%)
Hombres (%)	56 (47.8%)
<b>Diabetes mellitus (%)</b>	35 (29.9%)
<b>Hipertensión arterial (%)</b>	53 (45.2%)
<b>Enfermedad arterial coronaria (%)</b>	3 (2.5%)
<b>Tabaquismo (%)</b>	33 (28.2%)
<b>Obesidad/sobrepeso (%)</b>	45 (38.4%)
Obesidad: IMC > 30 kg/m <sup>2</sup> (%)	12 (26.6%)
Sobrepeso: IMC = 25-29 kg/m <sup>2</sup> (%)	33 (73.3%)
<b>Consumo de AINE</b>	16 (13.6%)
Ibuprofeno (%)	6 (37.5%)
Diclofenaco (%)	4 (25%)
Ácido acetilsalicílico (%)	3 (18.7%)
Ketorolaco (%)	1 (6.2%)
Naproxeno (%)	1 (6.2%)
Celecoxib (%)	1 (6.2%)
<b>Presunta hemorragia diverticular (%)</b>	84 (71.7%)
<b>Diverticulosis incidental (%)</b>	11 (9.4%)
Causas secundarias de diverticulosis incidental:	
Neoplasia colónica	5 (45.4%)
Angioectasias	3 (27.2%)
Probable colitis ulcerativa	1 (9%)
Proctopatía por radiación	1 (9%)
Enfermedad hemorroidal	22 (18.8%)
<b>Hemorragia diverticular definitiva (%)</b>	

## Dom053

## IMPACTO DEL ENDOCUFF CONTRA LA CROMOENDOSCOPIA CON ÍNDIGO CARMÍN SOBRE LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

N. E. Aguilar-Olivos, R. Reyes-Avendaño, F. Rojas-Mendoza, J. F. Fernández-Rivero, Fundación Clínica Médica Sur, Unidad de Endoscopia

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa de muerte relacionada con cáncer en México. La colonoscopia de tamizaje reduce la incidencia y mortalidad del CCR especialmente al cumplir con altas tasas de detección de adenomas (TDA). Las TDA pueden aumentarse mediante el uso de algunas técnicas o dispositivos auxiliares, como el *endocuff* o la cromoendoscopia con índigo carmín. Si bien ambas técnicas han demostrado aumentar la TDA, no existe una comparación directa entre estos dos métodos.

**Objetivo:** Comparar la tasa de detección de adenomas obtenida mediante el uso de *endocuff* y la cromoendoscopia con índigo carmín en colonoscopias de tamizaje para cáncer de colon.

**Material y métodos:** Estudio de intervención, prospectivo y ciego simple; participaron pacientes mayores de 45 años con riesgo promedio de cáncer colorrectal y clasificación de Boston  $\geq 6$  en el periodo comprendido entre 2016 y 2022. Se utilizó estadística descriptiva para analizar los resultados y se obtuvieron frecuencias, media y desviación estándar; para las variables categóricas se empleó la prueba ji cuadrada.

**Resultados:** Se incluyeron 289 colonoscopias: 150 pacientes intervenidos con *endocuff* y 139 con índigo carmín. La edad promedio fue de  $58.7 \pm 11.68$  años con predominio del género femenino con 52.94%. El porcentaje de la tasa de detección de adenomas total con el *endocuff* fue de 41% (IC95%, 33-49) en comparación con 48% (IC95%, 40-57) de las colonoscopias que usaron índigo carmín; se obtuvo un valor p de 0.24. Las TDA por segmentos del colon fueron las siguientes: en colon derecho con *endocuff* 21% (IC95%, 14-27) y con índigo carmín 33% (IC95%, 25-41); en colon transverso con *endocuff* 15% (IC95%, 9-20) y con índigo carmín 19% (IC95%, 13-26); en colon izquierdo con *endocuff* 22% (IC95%, 15-29) y con índigo carmín 24% (IC95%, 17-32); y en recto con *endocuff* 5% (IC95%, 1-8) y con índigo carmín 6% (IC95%, 2-11).

**Conclusiones:** Las colonoscopias realizadas con cromosondoscopia con índigo carmín o el dispositivo *endocuff* tienen una tasa de detección de adenomas mayor a la informada previamente en México (24.6%), con aumentos de 95.12% y 66.67%, respectivamente. Si bien el análisis mostró una tendencia al uso de la técnica de cromosondoscopia con índigo carmín para obtener una mayor TDA, no se encontró diferencia en ambas intervenciones para el desenlace primario.

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

## Dom054

### INTUSUSCEPCIÓN COLÓNICA EN UN PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL

A. R. Guzmán-Cárcamo, C. Navarro-Gerrard, D. S. Morgan-Penagos, A. Jasqui-Bucay, R. Sosa-Martínez, J. L. Hernández-Lecona, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

**Introducción:** La intususcepción colónica es una entidad poco frecuente en adultos, ya que apenas el 5% de los casos ocurre en este grupo de edad. Por otro lado, la intususcepción representa 1% a 5% de los casos de obstrucción intestinal en adultos. El 63% de las intususcepciones de colon en adultos es efecto de la presencia de neoplasias, pólipos y lipomas. La fisiopatología no se conoce del todo; sin embargo, debido a que la intususcepción ocurre sobre todo en las regiones flexibles, tales como sigmoides, colon transverso y ciego, cabe suponer que el tumor altera la mecánica estructural del colon y favorece un plegamiento de sí mismo sobre su eje longitudinal.

**Objetivo:** Describir un caso raro de un paciente con intususcepción colónica secundaria a cáncer colorrectal.

**Informe de caso:** Paciente femenino de 64 años, sin antecedentes crónicos y degenerativos. La paciente refiere que tres meses previos inició evacuaciones con disminución de la consistencia y aumento de la frecuencia, además de melena desde dos semanas antes con un promedio de seis episodios al día, en relación con pérdida ponderal no intencionada de 15 kg en dos meses. Cuatro días antes de la consulta se realizaron estudios de laboratorio: Hb 7.9 g/dL, VCM 63, HCM 18.7, PLT 654 000, motivo por el que consultó en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. La exploración física de ingreso mostró a un paciente hemodinámicamente estable, consciente, con abdomen plano, sin dolor a la palpación, con peristalsis conservada en los cuatro cuadrantes, con tumoración de 6-8 cm en mesogastrio móvil, no adherida, no dolorosa ni pétreo. La paciente se valoró en el servicio de gastroenterología por el antecedente de sangrado del tubo digestivo alto. Se realizó panendoscopia

con informe de angiodisplasias en duodeno y cuerpo gástrico, sin evidencia de hemorragia activa, que se trataron con argón plasma. La tomografía abdominal identificó datos indicativos de perforación intestinal sellada de probable localización en íleon terminal/colon ascendente, conglomerado de asas intestinales del intestino delgado en la región central de la fosa iliaca. La colonoscopia identificó asa intestinal en la luz del colon ascendente, bordes laterales con lesiones exofíticas irregulares, múltiples, de unos 10 cm, lobuladas, friables, con patrón glandular alterado de tipo cerebroide, zonas de ulceración y necrosis que comprometía el 90% de la luz y permitía el paso del endoscopio hasta el ciego, sitio de donde emergía el asa intestinal invaginada. Se intentó revertir la invaginación por vía endoscópica sin éxito. Los marcadores tumorales fueron negativos y el estudio histológico informó adenocarcinoma. El caso lo retomó el servicio de oncología quirúrgica que practicó una hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversal laterolateral. Hallazgos operatorios: tumor intraluminal dependiente del colon descendente de 10 x 8 cm de diámetro más intususcepción a nivel de la válvula ileocecal de unos 10 cm, así como múltiples ganglios en mesocolon. La paciente tuvo adecuada evolución posquirúrgica y se la derivó a oncología médica para continuar el tratamiento.

**Discusión:** La atención de esta afección es quirúrgica, debido a la inespecificidad de los síntomas en adultos y la elevada probabilidad de complicaciones; no obstante, en algunos casos es posible la reducción endoscópica. En este caso no fue posible la resolución por vía endoscópica debido a la dimensión de la lesión.

**Conclusiones:** Es difícil determinar la causa de la intususcepción en un estudio preoperatorio, dado que el edema o la intususcepción hemorrágica pueden simular una masa a dicho nivel, por lo que el diagnóstico etiológico se establece con otros métodos. Muchas revisiones sostienen la invaginación como una indicación quirúrgica en adultos debido al riesgo de isquemia intestinal y la posibilidad de tumoración maligna de la cabeza de la invaginación.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

## Dom055

### EFICACIA DE LA APLICACIÓN DE POLVO HEMOSTÁTICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR, EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

C. Paredes-Amenábar, C. A. Campoverde-Espinoza, R. Rábago-Escoto, P. M. Alegría-Acuña, J. C. Zavala-Castillo, R. Pérez-Cabeza de Vaca, Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; Tecnológico de Monterrey, Hospital Zambrano Hellion, TecSalud

**Introducción:** La hemorragia gastrointestinal superior (HTDA) es la principal causa de atención de urgencias y hospitalización por enfermedades gastrointestinales en el mundo, con una incidencia aproximada de 40 a 150 casos por 100 000 habitantes; los pacientes hospitalizados por HTDA tienen una mortalidad de 2.1% a 10%, mientras que en los pacientes hospitalizados por otras afecciones médicas que desarrollan HTDA la tasa de mortalidad se incrementa tres a cuatro veces. En México, la causa más común es la úlcera gástrica (55% en relación con AINE; 60%-87% por infección por *Helicobacter pylori*), erosiones gastroduodenales (13%), síndrome de Mallory-Weiss (9%), entre otras. El tratamiento endoscópico incluye la inyección de epinefrina, clips, coagulación con argón-plasma o termocoagulación. En caso de hemorragia secundaria a lesiones de gran superficie, las técnicas hemostáticas habituales suelen fracasar, con tasas elevadas de resangrado hasta de 25%. El TC-325 (nombre comercial Hemospray®) es un polímero inorgánico que surgió como agente hemostático en 2011, de la familia de los polvos

hemostáticos. Es metabólicamente inerte y no contiene productos humanos ni animales, y tampoco se absorbe o metaboliza, con bajo nivel de toxicidad. Funciona al adherirse y formarse una barrera mecánica sobre el lugar de la hemorragia, de tal modo que se crea un taponamiento localizado. Hemospray es una herramienta para conseguir una hemostasia inmediata y puede servir como opción adicional en los casos en los que los tratamientos convencionales fracasan. Sus tasas de éxito registradas son hasta de 100%. Hoy en día se utiliza como un recurso en el tratamiento de hemorragia gastrointestinal superior; este estudio busca evaluar su eficacia en esta población.

**Objetivo:** Valorar la eficacia de la aplicación de polvo hemostático en pacientes con hemorragia gastrointestinal superior.

**Material y métodos:** Estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Variables analizadas: sexo, edad, tipo de hemorragia gastrointestinal superior, hemostasia, valores de hemoglobina antes y después del tratamiento, y otras modalidades terapéuticas utilizadas.

**Resultados:** Se realizó una revisión de 275 pacientes por sospecha de hemorragia gastrointestinal superior, de los cuales 15 requirieron tratamiento endoscópico con Hemospray. De estos pacientes, 60% correspondió a hombres, con una media de edad de 53 años. El Hemospray logró la hemostasia en todos los casos (15/15, 100%); se presentó resangrado en dos de los pacientes (13%), quienes requirieron reintervención por descenso de la hemoglobina y persistencia de las manifestaciones clínicas de hemorragia gastrointestinal (Tabla 1).

**Conclusiones:** El polvo hemostático (Hemospray) es eficaz en el control de la hemorragia gastrointestinal superior con base en los valores de la hemoglobina antes y después del tratamiento, además de que reduce la recidiva de la hemorragia gastrointestinal superior. Esta investigación demostró que el polvo hemostático utilizado como monoterapia o tratamiento combinado alcanzó hemostasia en ambas modalidades. El Hemospray es una herramienta que permite al endoscopista alcanzar zonas de difícil acceso por hemorragia gastrointestinal debido a su naturaleza de “no contacto” y es eficaz en el tratamiento de HTDA.

**Financiamiento:** No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

**Tabla 1.** Uso del polvo hemostático: características demográficas y clínicas. (Dom055)

		n = 15	Porcentaje (%)
<b>Edad (media) ± DE</b>		53 ± 12.63	NA
<b>Sexo</b>	Femenino	6	40
	Masculino	9	60
<b>Control de la hemorragia logrado con el TC-325 (Hemospray)</b>			
		n = 15	Porcentaje (%)
<b>Tipo de tratamiento</b>			
	Monoterapia	8	53
	Tratamiento combinado	7	47
<b>Por causa</b>			
	Lesión neoplásica	4	26
	Enfermedad ulcero-péptica (úlceras)	6	40

Después de tratamiento endoscópico	2	13
Variceal	5	33
Tratamiento posquirúrgico	1	6
Otra causa	3	20

Causas del sangrado y aplicación del Hemospray (como monoterapia o tratamiento secundario)

Modalidades	Úlcera n (%)	Cáncer n (%)	Variceal n (%)	Posterapia endoscópica n (%)	Posterapia Qx n (%)	Total n (%)
Monoterapia (%)	3 (37.5)	1 (12.5)	2 (25)	1 (12.5)	1 (12.5)	8
Tratamiento combinado (%)	2 (28)	2 (28)	1 (14.2)	1 (14.2)	1 (14.2)	7
Adrenalina (%)	3 (42.85)	2 (28)	0	1 (14.2)	1 (14.2)	7
Ligadura (%)	0	0	1 (100)	0	0	1
Hemoclip (%)	0	0	0	0	1 (100)	1

Valores de hemoglobina basal y posterior a las 24 h de tratamiento con polvo hemostático

	Valor media y desviación estándar
Hb preendoscopia	8.43 ± 2.10
Hb 24 h posterapia endoscópica	8.68 ± 1.82

La recopilación de los datos se realizó a partir de datos de los pacientes atendidos en el servicio de endoscopia del Hospital General de México.

## Dom056

### FÍSTULA GASTROCÓLICA COMO COMPLICACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE COLON TRANSVERSO MANIFIESTO POR HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. M. Barceló-Valdez, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz-Velazco, V. A. Jiménez-Hernández, L. M. Cruz-Rodríguez, F. A. Félix-Téllez, J. I. Cervantes-Contreras, A. I. Tornel-Avelar, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** Las fístulas gastrocólicas son una entidad poco frecuente y sus causas son benignas y malignas; las úlceras pépticas eran antes la principal causa, pero con el advenimiento de los inhibidores de la bomba de protones las han desplazado el cáncer gástrico en Japón y países del este y el adenocarcinoma de colon en el mundo occidental, con una incidencia de 0.3% a 0.4%. Se presenta un caso de fístula gastrocólica secundaria a adenocarcinoma invasivo de colon transversal manifestada por melenas, diagnosticada con panendoscopia y confirmada con tomografía axial computarizada (TAC).

**Objetivo:** Describir el caso de un paciente con sangrado del tubo digestivo alto como manifestación de fístula gastrocólica y revisión de las publicaciones médicas.

**Informe de caso:** Se trata de un paciente masculino de 52 años presentado al servicio de gastroenterología por mostrar evacuaciones líquidas, negruzcas y fétidas, en bolsa de colostomía, no cuantificadas, que persisten por tres días. El paciente refiere epigastralgia, pirosis y pérdida de peso mayor de 8 kg en los últimos siete meses; 22 días antes de su hospitalización inicia con intolerancia a la vía oral. Antecedentes personales patológicos: diagnóstico

de adenocarcinoma de colon transverso poco diferenciado en septiembre 2021, que se trata con ileostomía más apendicetomía y tratamiento paliativo con capecitabina más oxaliplatino.

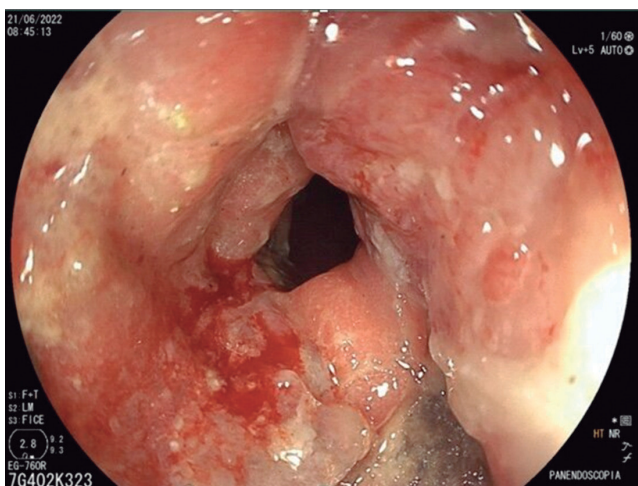
En virtud de las evacuaciones melénicas mencionadas se lleva a cabo endoscopia digestiva alta en la que se evidencia lesión ulcerada gástrica > 20 cm en pared posterior de cuerpo y antro, con tejido necrótico en su interior y dificultad para observar área comunicante; se logra canular y se identifica un camino fistuloso (Fig. 1) que permite el paso del gastroscopio a la zona colónica. También se observó en la segunda porción de duodeno una nueva lesión tumoral de características infiltrativas. Se solicitó TAC.

**Discusión:** Como se mencionó ya, el cáncer gástrico es la causa más frecuente de fistulas gastrocómicas en Japón y países del este y el adenocarcinoma de colon en el mundo occidental con una incidencia de 0.3% a 0.4%, un padecimiento descrito en 1755 como una complicación de un carcinoma gástrico; la presentación más común se halla por lo regular entre la curvatura mayor gástrica y la mitad distal del colon transverso. Existen dos teorías con respecto al mecanismo de formación de estas fistulas: a) la neoplasia crece de forma contigua a través del epiplón gastrocólico desde un órgano de origen al otro y b) el tumor primario desarrolla una ulceración, seguida de una reacción o exudación peritoneal, lo que conduce a una formación adherente de las estructuras adyacentes y al final a la perforación de la luz del otro órgano. Entre los principales síntomas figuran dolor abdominal visceral, náusea, vómito (la mayor parte de las veces fecaloide), pérdida de peso, diarrea y halitosis fecal y eructos; se identifican hematemesis, melena o hematococia en menos de un tercio de los pacientes. El diagnóstico suele ser radiológico y el más confiable es el enema de bario, que confirma el diagnóstico en el 90% a 100% de los casos. La TAC para el diagnóstico es dudoso, pero es de gran importancia en la planificación preoperatoria al delimitar la fistula, evaluar su extensión e identificar la causa posterior. La endoscopia digestiva alta y la colonoscopia están indicadas una vez diagnosticada la fistula, antes de la operación, para descartar una enfermedad maligna subyacente como causa mediante la obtención de materiales citológicos y de biopsia.

**Conclusiones:** Las fistulas gastrocómicas pueden ser secundarias a múltiples causas, entre ellas el adenocarcinoma de colon con invasión gástrica. Por lo regular son lesiones con muy mal pronóstico a corto plazo y rara vez se informa una supervivencia a largo plazo. Es importante establecer el diagnóstico de los pacientes con clínica de dolor abdominal, vómito, olor fétido, pérdida de peso y diarreas. Y, aun cuando la gastroscopia y la colonoscopia no son métodos diagnósticos de primera elección, en manos expertas pueden ayudar no sólo a determinar la causa, sino también a sugerir el diagnóstico en primer momento cuando no se cuenta con otros métodos radiológicos.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

Figura 1. Fístula gastrocólica. (Dom056)



## Dom057

### TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE COMPLICACIONES POSTCIRUGÍA BARIÁTRICA: FUGA CRÓNICA DE LA LÍNEA DE GRAPAS DE MANGA GÁSTRICA ASOCIADA A ABSCESO ESPLÉNICO: REPORTE DE CASO

A. González-Arredondo, R. Saavedra-Milán, N. E. Mar-Villegas, R. Luna-Tijerina, C. L. López-Rodríguez, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La cirugía bariátrica se ha posicionado como uno de los tratamientos más efectivos para la obesidad y alrededor del 12% de los pacientes experimenta efectos adversos en los primeros cinco años. Las fugas se observan en el 5% de los pacientes con manga gástrica y aparecen en cualquier lugar de la línea de grapas, lo que origina complicaciones que ponen en peligro la vida con formación de colecciones abdominales y sepsis. La endoscopia juega un papel importante en el diagnóstico y tratamiento, ya que proporciona una opción de mínima invasión para el tratamiento de estas complicaciones y en la mayoría de los casos se consigue el cierre completo de la fuga.

**Objetivo:** Describir el tratamiento endoscópico de la fuga crónica de la línea de grapas de una manga gástrica.

**Informe de caso:** Paciente femenino de 26 años con antecedente de obesidad grado 3, prediabetes e hígado graso, quien se sometió a manga gástrica laparoscópica en abril de 2021. Inicia el padecimiento en enero de 2022 con dolor abdominal, signos de irritación peritoneal, fiebre y malestar general. Se hospitaliza y se realiza tomografía toracoabdominal que registra infarto esplénico del 50% y colección adyacente. La laparotomía identificó un absceso esplénico por lo que se practica esplenectomía y lavado de cavidad. Se inicia tratamiento para sepsis abdominal en la unidad de cuidados intensivos y se reinterviene dos veces más con laparotomía para lavado de cavidad. Con posterioridad se traslada a la unidad de los autores con diagnóstico de probable fuga de manga gástrica. Se confirma la fuga de material de contraste en la línea de grapas de la manga gástrica. Se realizó endoscopia superior y se localiza un defecto de 10 mm (Fig. 1) por lo que se instituye tratamiento con sistema de exclusión y colocación de endoprótesis metálica autoexpandible recubierta (23 mm de diámetro por 15 cm de longitud) guiada por fluoroscopia (Fig. 1), sin fuga de contraste posterior; egresa a los cuatro días sin complicaciones y con dieta oral. Se retira la endoprótesis a las seis semanas y se confirma el cierre del defecto (Fig. 1) sin fuga de material de contraste.

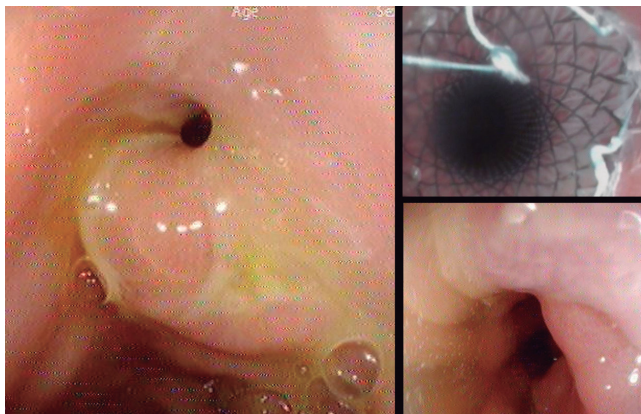
**Discusión:** Este caso muestra una complicación de una cirugía de manga gástrica con fuga de la línea de grapas que causó complicaciones abdominales graves. En este caso se presentó fuga crónica casi 12 meses después de la manga gástrica, la cual se acompañó de absceso esplénico, lo que retrasó el diagnóstico debido a la poca frecuencia en estas presentaciones. Una fuga crónica representa un tratamiento quirúrgico poco exitoso con tasa elevada de recurrencia, por lo que el tratamiento endoscópico es el más eficaz en estos casos. El abordaje de exclusión con endoprótesis metálica fue eficaz y se consiguió éxito al lograr el cierre completo de la fuga a las seis semanas, tiempo en el cual se mantuvo con dieta oral y de manera ambulatoria.

**Conclusiones:** La aparición de fugas crónicas tras la cirugía bariátrica representa un reto y el tratamiento endoscópico se recomienda como tratamiento de primera línea debido a su alto porcentaje de éxito y mínima invasión. La endoscopia puede proporcionar intervenciones terapéuticas para muchas complicaciones quirúrgicas bariátricas, incluidas las estenosis, las fugas, la coledocolitiasis e incluso la recuperación de peso. Los endoscopistas deben estar familiarizados

con las diversas anatomías posquirúrgicas, así como con las diversas opciones terapéuticas disponibles.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

**Figura 1.** Defecto en la línea de grapas, colocación de endoprótesis metálica y retiro de la endoprótesis a las seis semanas, con cierre del defecto. (Dom057)



## Dom058

### SARCOMA DE KAPOSI GÁSTRICO ASOCIADO A VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: REPORTE DE CASO

T. F. Meléndez-Alvarado, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor de origen vascular descrito por primera vez en 1872. Se clasifica en cuatro grupos: típico, endémico (africano), yatrógeno (relacionado con trasplantes) y epidémico (vinculado con el virus de inmunodeficiencia humana [VIH/sida]). Aunque el sarcoma de Kaposi puede desarrollarse en cualquier etapa de la infección por el VIH, ocurre más veces en el contexto de una inmunosupresión avanzada. En la población occidental, la prevalencia del sarcoma de Kaposi relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es del 6% al 30%, y los individuos afectados generalmente se manifiestan con enfermedad cutánea o compromiso visceral, de los cuales el tracto gastrointestinal (GI) es el sitio extracutáneo más común. En el sida no tratado, el tracto GI está afectado en casi el 40% a 51%, pero sólo una de cada cinco personas afectadas tiene síntomas GI. Se presenta un caso de sarcoma de Kaposi gástrico en un paciente con infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

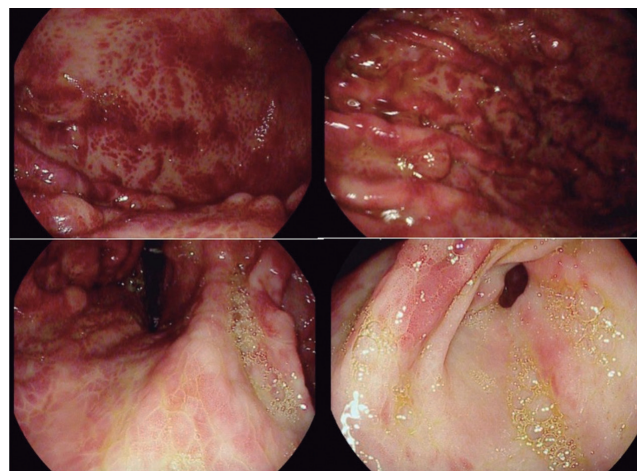
**Objetivo:** Presentar un caso de sarcoma de Kaposi gástrico en un paciente con virus de inmunodeficiencia humana.

**Informe de caso:** Paciente masculino de 21 años con diagnóstico reciente de VIH ingresado en el servicio de infectología con conteo de CD4 de 24 cel/mm<sup>3</sup> y carga viral de 350 455 copias/mL. La exploración física identificó múltiples lesiones cutáneas violáceas en forma de placa en ambas extremidades inferiores, cuello y tronco, las cuales habían sido objeto de biopsia una semana antes del episodio de hemorragia. Al interrogatorio dirigido refería síntomas de dolor abdominal y pérdida de peso de 18 kg de unos seis meses de evolución; 48 h antes del estudio endoscópico presentó episodio de melena en dos ocasiones. Los estudios de laboratorio reconocieron un dato relevante: hemoglobina de 8.4 g/dL. La esofagogastroduodenoscopia encontró múltiples lesiones submucosas, redondeadas, elevadas y violáceas, sin evidencia de hemorragia activa en todo el cuerpo gástrico, las cuales se extendían hacia el fondo y el antro,

con mucosa de aspecto congestivo y pliegues discretamente engrosados (Fig. 1). Se obtuvieron muestras de biopsia endoscópica de las lesiones gástricas y el análisis con hematoxilina y eosina reveló proliferación fusiforme vascular y el marcador de inmunohistoquímica HHV8 fue positivo, lo que confirmó el diagnóstico de sarcoma de Kaposi. El estudio histopatológico reveló el mismo resultado para las lesiones cutáneas. Se inició tratamiento antirretroviral de gran actividad.

**Discusión:** El sarcoma de Kaposi lo describió en 1872 un dermatólogo húngaro, Moritz Kohn Kaposi, quien fue el primero en identificar cinco casos de “sarcomas pigmentados múltiples idiopáticos de la piel” e informó una enfermedad multisistémica de origen mesenquimal que compromete vasos linfáticos y sanguíneos. El sarcoma de Kaposi representa el 60% de los tumores que se desarrollan en los pacientes con VIH/sida y es también la neoplasia intraabdominal más frecuente en ellos. Se presenta 20 veces más en pacientes homosexuales que en heterosexuales con el mismo estado de inmunosupresión y es más frecuente en los hombres (50:1). Cerca del 50% de los sarcomas de Kaposi, en el tracto gastrointestinal, se ha desarrollado en pacientes con sida y sarcoma de Kaposi cutáneo. La presentación del SK gastrointestinal puede ser sincrónica o asincrónica, con la aparición de lesiones dérmicas. Sin embargo, el 15% de los pacientes con SK visceral no tiene compromiso cutáneo. Se ha documentado compromiso gástrico en cerca del 40% de hombres homosexuales con VIH/sida y también se ha informado afectación de orofaringe, esófago, estómago, hígado, intestino delgado y colon. En México, Guevara et al. registraron una prevalencia de 0.0003% de sarcoma de Kaposi gástrico en una serie de 16 200 endoscopias digestivas altas. Esta enfermedad suele ser asintomática, pero son frecuentes la pérdida de peso, el dolor abdominal, el vómito, la diarrea y el síndrome de mala absorción; también se ha informado obstrucción gástrica y hemorragia gastrointestinal como en el caso presentado. Los hallazgos endoscópicos pueden ser variables, desde lesiones ulceradas que se confunden con úlceras pépticas hasta las lesiones submucosas nodulares y vasculares de color púrpura. En el diagnóstico histológico, el principal reto para el patólogo es la evaluación precisa de la proliferación vascular del SK. Sus características histológicas más importantes son la presencia de espacios (hendiduras) vasculares, células endoteliales y extravasación de eritrocitos con depósitos de hemosiderina. En muchas ocasiones deben solicitarse otros estudios en los tejidos para establecer un mejor diagnóstico como el *latency-associated nuclear antigen* (HHV8 LNA), el cual es un inmunomarcador que permite confirmar la presencia de este agente infeccioso (virus del herpes humano tipo 8) y se considera que tiene una sensibilidad de 99% y una especificidad de 100% para el diagnóstico de sarcoma de Kaposi. Otros biomarcadores que se expresan incluyen CD34 y CD117 (o c-KIT),

**Figura 1.** Visión endoscópica del cuerpo y antro gástrico. (Dom058)



que se superponen con otros tumores estromales, lo que los convierte en un marcador menos confiable para el diagnóstico de SK. Dentro de las opciones terapéuticas están disponibles el tratamiento antirretroviral, la radioterapia, la quimioterapia (doxorubicina liposómica) y las modalidades combinadas.

**Conclusiones:** El sarcoma de Kaposi es una causa poco frecuente de hemorragia gastrointestinal. Sin embargo, debe mantenerse un alto índice de sospecha en aquellos pacientes con infección por VIH (en particular en aquellos con un bajo recuento de CD4) y presencia de sarcoma de Kaposi cutáneo.

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

## Dom059

### PREVALENCIA DE ESTADIOS AVANZADOS DE METAPLASIA INTESTINAL GÁSTRICA UTILIZANDO EL SISTEMA DE OLGIM EN PACIENTES MEXICANOS

T. F. Meléndez-Alvarado, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer gástrico es la segunda causa más frecuente de mortalidad relacionada con el cáncer en todo el mundo. La evidencia muestra que la patogenia del cáncer gástrico, en particular del tipo intestinal, incluye una serie de fases secuenciales, desde la gastritis relacionada con infección persistente por *Helicobacter pylori*, que puede progresar a gastritis atrófica crónica, metaplasia y displasia intestinal, hasta el carcinoma invasivo. En consecuencia, la metaplasia intestinal gástrica (MIG) se considera una lesión precancerosa, que incrementa seis veces el riesgo de desarrollar cáncer gástrico. En el año 2005, un grupo internacional de gastroenterólogos y patólogos (*Operative link for Gastritis Assessment [OLGA]* y *Gastritis/Intestinal Metaplasia Assessment [OLGIM]*) planteó un nuevo sistema de estadificación para la biopsia gástrica que integra tanto la gravedad (leve, moderada, alta) como la extensión (antro/incisura, cuerpo) de la gastritis atrófica y la MIG e incluye de la etapa I (baja) al estadio IV (alto) y ya se ha demostrado que los pacientes con estadios avanzados (III y IV) tienen mayor riesgo de cáncer gástrico, por lo que se recomienda la vigilancia endoscópica en estos casos.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de estadios avanzados de metaplasia intestinal gástrica con el sistema OLGIM.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo para determinar la prevalencia de estadios avanzados de metaplasia intestinal gástrica en los pacientes sometidos a una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México del periodo de enero a mayo del 2022. El protocolo de biopsias se realizó con base en el sistema de Sidney. En algunos casos se enviaron muestras por separado de cualquier lesión adicional indicativa de metaplasia intestinal gástrica detectada por medios endoscópicos. La metaplasia intestinal gástrica se clasificó como completa o incompleta y se graduó de acuerdo con el sistema d OLGIM en ausente, leve, moderado o grave. El estadio de metaplasia intestinal de acuerdo con OLGIM se obtuvo por combinar las calificaciones de antro (que se combina con el resultado de la biopsia de incisura) y cuerpo. Además, se determinó la presencia de infección por *Helicobacter pylori* de acuerdo con el resultado de las biopsias. Los datos se tabularon y analizaron con el software Microsoft Excel. Las variables categóricas se expresaron en forma de frecuencias y porcentajes y las variables numéricas mediante media y desviación estándar.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 396 estudios endoscópicos altos en los cuales se realizó toma de biopsias de acuerdo con el protocolo de Sydney realizados en el lapso de enero a mayo del 2022. Hasta 26

de los 396 estudios (6.6%) tuvieron metaplasia intestinal gástrica confirmada histológicamente, y fue más frecuente en mujeres que en hombres (69.2% vs. 30.8%, respectivamente). La indicación más frecuente para la realización del estudio endoscópico fue dispepsia (57.7%). La edad media de los pacientes con metaplasia intestinal gástrica fue de  $64.6 \pm 10.5$  años. Las características generales de los pacientes con metaplasia intestinal gástrica se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** En este estudio se encontró que hasta casi un tercio de los pacientes tuvo estadios avanzados de metaplasia intestinal gástrica (estadios III, IV de OLGIM), así como metaplasia intestinal extensa, los cuales se consideran factores de alto riesgo para progresión a cáncer gástrico, por lo que se recomienda realizar un seguimiento endoscópico en estos casos. Es importante que el patólogo realice la estadificación de la metaplasia intestinal gástrica de acuerdo con OLGIM, ya que esto aporta información valiosa acerca del riesgo de desarrollar cáncer gástrico en el futuro. Con base en los resultados de este estudio se justifica el estudio endoscópico con toma de biopsias de acuerdo con el protocolo de Sydney en los pacientes mayores de 50 años con dispepsia. Además, se demuestra la relación estrecha entre metaplasia intestinal gástrica e infección por *Helicobacter pylori*, por lo que se recomienda su erradicación.

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

**Tabla 1.** Características generales de los pacientes con metaplasia intestinal gástrica. (Dom059)

	Número	% General
<b>Metaplasia intestinal (MI)</b>		
Sí	26	6.6%
No	370	93.4%
<b>Tipo de metaplasia</b>		
Completa	23	88.5%
Incompleta	3	11.5%
<b>Estadio de metaplasia</b>		
I	9	34.6%
II	8	30.8%
III	7	26.9%
IV	2	7.7%
<b>Extensión de metaplasia</b>		
Focal	18	69.2%
Extensa	8	30.8%
<b>Displasia</b>		
Sí	2	7.7%
No	24	92.3%
<b>Presencia de <i>H. pylori</i> (pacientes con metaplasia)</b>		
Sí	17	65.4%
No	9	34.6%

## Dom060

### ISQUEMIA GÁSTRICA IMITANDO A UNA NEOPLASIA

A. R. Guzmán-Cárcomo, C. Navarro-Gerrard, M. M. Rosario-Morel, D. S. Morgan-Penagos, L. A. Waller-González, R. Sosa-Martínez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

**Introducción:** La gastropatía isquémica es un cuadro que se presenta de forma muy poco frecuente en la práctica médica diaria, pero en los últimos años se ha observado un aumento de los casos. Aunque el síntoma guía suele ser el dolor abdominal, el espectro clínico de la enfermedad es muy variable; el diagnóstico y el tratamiento



temprano son fundamentales para cambiar la evolución natural de la enfermedad. Se presenta el caso de una mujer con sangrado de tubo digestivo que condujo a infarto agudo de miocardio tipo 2 y éste a isquemia gástrica.

**Objetivo:** Describir un caso raro de isquemia gástrica con síndrome coronario agudo y bloqueo auriculoventricular.

**Informe de caso:** Paciente femenino de 61 años sin antecedentes cardiológicos. La paciente refiere que dos días antes de consultar presentó náusea y vómito de contenido gastroalimentario, por lo que acudió a su hospital regional en donde inició con hematemesis (dos ocasiones); cuatro horas después sufrió dolor torácico opresivo con irradiación a hombro izquierdo. Ante el cuadro clínico, la paciente fue derivada al Centro Médico Nacional y a su ingreso refería dolor precordial opresivo (intensidad 10/10). Exploración física: normotensa, malas condiciones generales, sonda nasogástrica con gasto en posos de café, palidez general e ingurgitación yugular de grado I. Estudios de laboratorio: Hb 7.1 g/dL, Hto 27.8%, VCM 93, HCM 30.1, plaq 50 000, relación BUN/creatinina 50, K 3, TP 10.5, TPT 25.8, INR 0.9, troponina I 270. Se transfunden dos paquetes globulares. Luego presentó evacuaciones melénicas, se valoró en el servicio de gastroenterología y se registró una calificación de Glasgow-Blatchford de 14 puntos; se solicitó endoscopia alta. La paciente inició con dolor abdominal intenso y melena. La endoscopia reveló lesión ulcerada con sangrado en capa, friable y necrosis que abarcó la curvatura mayor desde el pinzamiento diafragmático hasta la unión antrocorporal. Se valoró en el servicio de cardiología y se determinó flúter auricular tipo 2 con bloqueo de tercer grado e infarto agudo de miocardio tipo 2 secundario a sangrado del tubo digestivo alto. La endoscopia a las 72 h reveló mucosa de cuerpo con edema, eritema marcado, friable, hemorragia subepitelial, no ulcerada, en el cuerpo gástrico; se tomaron biopsias. La histología reveló hiperplasia regenerativa de tipo inflamatorio y moderada atipia celular reactiva, sin evidencia de proceso maligno. La paciente experimentó mejoría clínica significativa y remisión del dolor abdominal y sangrado. El cateterismo cardiaco notificó falta de lesiones coronarias, TIMI 3 y Holter con ritmo sinusal en la mayor parte del estudio. La paciente no requirió atención adicional, ya que los hallazgos electrocardiográficos iniciales se habían revertido tras mejorar la volemia y resolverse la hipopotasemia.

**Discusión:** La enfermedad isquémica gástrica es extremadamente rara en la práctica clínica, lo cual puede deberse a la rica vascularización proveniente de ramas del tronco celiaco y arteria mesentérica superior, con múltiples anastomosis y colaterales. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes son las ulceraciones múltiples de fondo fibrinado, por lo demás inespecíficas. Las publicaciones de casos son cada vez más frecuentes desde que en 1951 se describió por primera vez la enfermedad, lo que hace pensar que su incidencia pueda seguir un curso paralelo al envejecimiento de la población y al auge de las enfermedades cardiovasculares.

**Conclusiones:** La población en riesgo es la de pacientes de edad avanzada y con múltiples factores de riesgo cardiovascular, en especial aquellos que han desarrollado vasculopatía sintomática en otra localización (isquemia miocárdica, cerebral). El diagnóstico y tratamiento temprano suponen un reto a superar en las próximas décadas para mejorar la supervivencia de estos pacientes.

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

## Dom061

### ÚLCERAS GASTRODUODENALES GIGANTES Y CONSUMO DE CRISTAL

V. A. Jiménez-Hernández, S. M. Barceló-Valdez, L. M. Cruz-Rodríguez, F. A. Félix-Téllez, C. Zacapantzi-Carrillo, A. G. Pérez-Castañeda, K. E. Medina-Morales, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. M. Aldana-Ledesma, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** Se considera que las úlceras gastroduodenales gigantes, descritas como aquéllas con un diámetro > 20 mm, tienen un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad. Aunque se cuenta con evidencia limitada al respecto, se reconoce que el consumo inhalado de metanfetaminas en forma de “cristal”, así como otras drogas psicoactivas la como cocaína, es uno de los factores predictivos de la formación de úlceras gigantes. Asimismo, en estudios observacionales previos se ha notificado la relación de úlceras de estas características con una tendencia en pacientes más jóvenes, además de un mayor riesgo de perforación.

**Objetivo:** Describir la frecuencia y nexos entre las úlceras gastroduodenales gigantes y el consumo inhalado de cristal.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, comparativo, descriptivo y observacional. Se realizó análisis consecutivo de expedientes de pacientes admitidos en el servicio de gastroenterología con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior cuyo hallazgo endoscópico informaba la presencia de úlceras gástricas y duodenales > 20 mm en un periodo comprendido entre marzo del 2017 y junio del 2022. Se excluyó a aquellos pacientes que carecían de un historial completo que permitiera obtener la información necesaria. Los sujetos evaluados se dividieron en dos grupos (consumidores y no consumidores de cristal), y se registraron las características demográficas, antecedentes de relevancia, condición clínica y parámetros de laboratorio a su ingreso. Se realizó estadística descriptiva y se analizaron los datos con el software SPSS versión 25.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 57 pacientes con diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto que cumplían los criterios de inclusión; 75% correspondió a hombres (n = 43) con una media de edad de 61 años. Se observó que el 29.8% (n = 17) tenía consumo frecuente de cristal, en su mayoría hombres (98%) con un promedio de edad de 42.7 años. Se notificó que hasta 15.7% (n = 9) sufría estado de choque, 63.15% (n = 36) de los pacientes tenía cifras de hemoglobina < 7 g/dL a su ingreso con necesidad de apoyo transfusional durante algún momento durante su hospitalización y 77.7% (n = 28) necesitó múltiples transfusiones. Respecto de las úlceras gigantes, el 14.03% (n = 8) se presentó en la forma de úlceras de alto riesgo Forrest IIB y requirió algún tipo de tratamiento endoscópico dirigido, sin registrar datos de resangrado. De las lesiones observadas, 59.5% (n = 34) tenía otras úlceras relacionadas de menor tamaño (5-20 mm), así como diferentes grados de gastropatía erosiva. La mortalidad intrahospitalaria fue del 14.03% (n = 8) y ninguna tuvo como causa directa la hemorragia gastrointestinal. Tras un análisis no se encontró ninguna vinculación directa entre el consumo de cristal y las úlceras gigantes.

**Conclusiones:** Las úlceras gastroduodenales gigantes son frecuentes en hombre consumidores de metanfetaminas en forma de cristal, pero no se observa un aumento de la gravedad en relación con el estado hemodinámico, grado endoscópico de las lesiones o mortalidad.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom062

### COLANGIOSCOPIA PERCUTÁNEA EN PACIENTE CON ANATOMÍA BILIAR ALTERADA

A. I. Reyna-Aréchiga, K. V. Corpus-De la Riva, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL; Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, ITESM

**Introducción:** El colangiocarcinoma (CC) es una neoplasia maligna de células epiteliales del árbol biliar. Tiene frecuentes recurrencias localregionales o a distancia a través de cadenas linfáticas. La resección quirúrgica radical es el único tratamiento potencialmente curativo, aunque la mayoría de los pacientes se halla en etapas avanzadas al momento de la presentación.

**Objetivo:** Describir el abordaje de un paciente con CC recurrente.

**Informe de caso:** Paciente masculino de 59 años con antecedente de

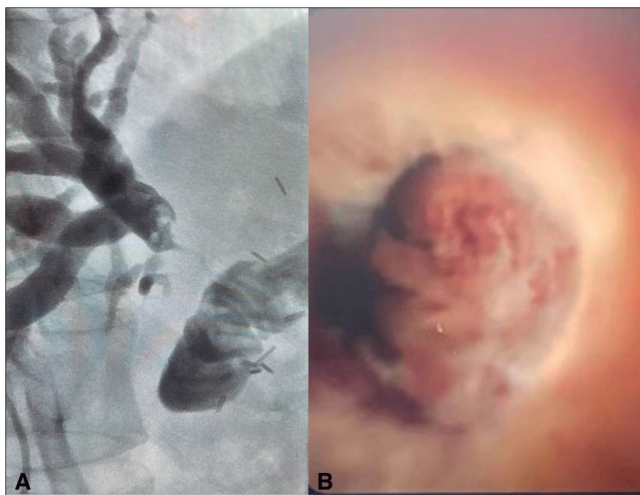
CC perihiliar Bismuth IIIA T2N0M0 ECII tratado mediante resección radical de vías biliares extrahepáticas con anastomosis hepatoeyunal en Y de Roux y colecistectomía en 2018. En la actualidad acude por ictericia, acolia, coluria, así como prurito de una semana de evolución. La exploración física reveló ictericia de escleras, huellas de rascado y abdomen sin dolor a la palpación. Estudios de laboratorio: BT 15, BD 13, BI 2.23, ALT 234, AST 100, FA 409. TC abdominal con contraste: estenosis en la anastomosis hepaticoyeyunal con captación de contraste, sospechosa de recurrencia tumoral. Debido a la alteración anatómica se decide un abordaje percutáneo mixto por medio de derivación externa con catéter 11 Fr con colangiografía percutánea con el equipo Spyglass Discover, con el cual se consigue visión directa del área de anastomosis y se identifica estenosis excéntrica irregular con formación de papilas y vasos aberrantes de aspecto maligno (Fig. 1). Se obtienen biopsias. Luego se coloca un catéter de drenaje biliar de doble cola de cochino. El resultado de la anatomía patológica demuestra recurrencia del CC a nivel de la anastomosis hepaticoyeyunal, por lo que se inició tratamiento con quimioterapia.

**Discusión:** El abordaje de la vía biliar en paciente con anatomía alterada es un reto porque requiere equipo y material especiales. En la actualidad se ha aprobado un sistema corto para intervenciones biliares percutáneas e intraoperatorias con el equipo SpyGlass Discover de 65 cm de largo y 10 mm de ancho con canal de trabajo de 1.2 mm. En este paciente, la nueva ictericia obstructiva y la estenosis de la anastomosis demostrada por estudios de imagen orientaban hacia una alta sospecha de recurrencia tumoral, que se confirmó con colangiografía percutánea y toma de biopsia. Asimismo se logró una adecuada derivación biliar con dicho procedimiento.

**Conclusiones:** La colangiografía percutánea con el nuevo sistema Spyglass Discover es una opción de mínima invasión para el abordaje en pacientes con anatomía biliar alterada.

**Financiamiento:** Este trabajo no fue financiado.

**Figura 1. A.** Colangiografía percutánea que muestra estenosis de anastomosis HY. **B.** Colangiografía que revela estenosis de anastomosis HY de aspecto maligno. (Dom062)



Dom063

## ENDOSCOPISTAS EXPERTOS VS. INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA EVALUACIÓN DE ESTENOSIS BILIARES INDETERMINADAS EN COLANGIOSCOPIA: UN ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO, CONTROLADO, CIEGO Y ANIDADO

C. Robles-Medranda, V. Oregel-Aguilar, L. F. Torreblanca-Sierra, J. Alcivar-Vasquez, M. Kahaleh, I. Raijman, R. Kunda, A. Tyberg, A. Sarkar, H. Shahid, J. C. Mendez, J. Rodriguez, R. C. Merfea, J. Barreto-Perez, M. Arevalo-Mora, M. Puga-Tejada, D. Calle-Loffredo, H. Alvarado, H. P. Lukashok, Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas

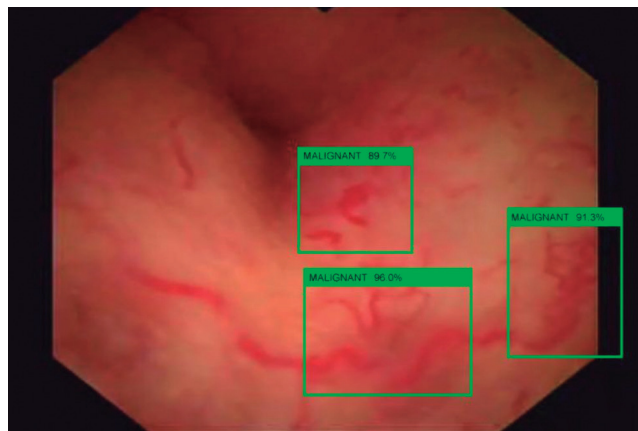
**Introducción:** Los hallazgos de la colangiografía digital de un solo operador (DSOC) logran una alta precisión diagnóstica para las lesiones neoplásicas de la vía biliar; sin embargo, los acuerdos intra-observador e interobservador de los endoscopistas varían de forma amplia. En fecha reciente los autores han propuesto un modelo de inteligencia artificial (IA) para clasificar las lesiones de los conductos biliares durante la DSOC en tiempo real y ahora se busca la validación clínica de este modelo tras compararlo con endoscopistas experimentados con un índice de DSOC alto.

**Objetivo:** Validar de forma clínica un modelo y compararlo con endoscopistas experimentados con un índice de DSOC alto.

**Material y métodos:** Estudio diagnóstico multicéntrico. Cuatro endoscopistas expertos en DSOC (cegados a las historias clínicas) observaron y clasificaron un conjunto de videos entre lesiones neoplásicas o no neoplásicas de las vías biliares. Todos los videos fueron cegados para los expertos en DSOC y para el software de IA (Mdconsgroup, Guayaquil, Ecuador). Los criterios de neoplasia de la vía biliar concuerdan con las clasificaciones de Robles-Medranda et al. y Mendoza. Los expertos evaluaron la vía biliar neoplásica por presencia o ausencia de criterios desagregados. Asimismo, el software estadístico calculó respuestas desagregadas. El diagnóstico final de malignidad se basó en los resultados histológicos y los resultados del seguimiento clínico de un año. NCT05147389.

**Resultados:** Se analizó un total de 170 videos de 170 pacientes de cuatro centros diferentes con el modelo de IA. Hubo una distribución equitativa entre el diagnóstico neoplásico y no neoplásico con DSOC. El software DSOC AI obtuvo una sensibilidad  $\geq 90\%$ , una especificidad  $\geq 60\%$ , un valor predictivo positivo  $\geq 70\%$  y un valor predictivo negativo  $\geq 85\%$  en comparación con el endoscopista experto para el diagnóstico de neoplasia de la vía biliar. La precisión del software DSOC AI es comparable e incluso podría ser estadísticamente superior a la del experto endoscopista (Fig. 1).

**Figura 1.** Inteligencia artificial durante una colangiografía. (Dom063)



**Conclusiones:** Hasta donde saben los autores, este es el estudio que cuenta con el mayor número de casos de DSOC analizados por AI y por endoscopistas expertos con un alto índice de DSOC a nivel mundial en la actualidad. El software de AI propuesto reconoció con precisión entre las lesiones neoplásicas y no neoplásicas de la vía biliar con el mismo nivel de los expertos e incluso podría superarlos en grado significativo. Además, el modelo propuesto podría ser capaz de acortar el tiempo de la curva de aprendizaje en endoscopistas menos

experimentados, al tiempo que permitiría adquirir habilidades de reconocimiento de lesiones biliares de forma precisa.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom064

### COMPLICACIONES EN CPRE EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO COMO CENTRO DE ENTRENAMIENTO

J. A. Gutiérrez-Ochoa, J. C. Zavala-Castillo, M. Muñoz-Ravel, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha convertido en un procedimiento esencial en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades biliopancreáticas. Las complicaciones son infrecuentes, pero potencialmente graves, y es necesario reconocerlas para la aplicación del tratamiento adecuado. La canalización de la vía biliar se realiza con entrenamiento y experiencia continua, para poder incorporarse en la papila y sus variables anatómicas (papila intradiverticular, peridiverticular y alteración posquirúrgica); el tiempo y el número de intentos se han relacionado con el riesgo de complicaciones, así como la mayor exposición a la radiación. La profesionalización de los médicos para efectuar la canalización biliar es cada vez más delimitada, con mejores programas de entrenamiento, pero con espacio reducido de profesionales para que se perfeccionen y se reduzca la tasa de fracaso a un máximo del 20%. A pesar de que hay técnicas para canalizar la vía biliar (papilotomía por precorte o fistulotomía e ingreso desde el conducto pancreático por precorte transpancreático o septotomía) no aseguran el éxito; el 77% de los endoscopistas con gran experiencia logra una tasa de éxito de canalización biliar superior al 80%. Los casos con canalización biliar del 100% aun en sitios de referencia mundial es poco frecuente y practican la CPRE en condiciones óptimas y con insumos de última tecnología. La canulación biliar es difícil, por lo que el número de sus intentos es de cinco a 15 y el tiempo promedio para canular de 5 a 20 minutos; se ha establecido como factor de riesgo realizar más intentos y por más tiempo, lo cual conlleva complicaciones como pancreatitis, hemorragia o perforación. La probabilidad de canulación exitosa está influida por el operador; el factor de experiencia y los factores del paciente (anatomía de la papila, tamaño, morfología u orientación, y variantes anatómicas) se conjugan para practicar el procedimiento con el menor margen de error.

**Objetivo:** Determinar las complicaciones de la CPRE en el Hospital General de México como centro de entrenamiento.

**Material y métodos:** Se revisaron expedientes de pacientes sometidos a CPRE por residentes y adscritos al servicio de endoscopia. Los criterios de inclusión fueron: edad igual o mayor a 18 años, ambos sexos y sometido a CPRE en el Hospital General de México. Criterios de exclusión: pacientes con sepsis grave o choque séptico, con enfermedades inflamatorias crónicas de tipo intestinal con COVID-19.

**Resultados:** Se realizó un total de 435 CPRE en el periodo de marzo de 2021 a febrero de 2022 y se encontró una tasa de perforación de 2.5%, una tasa de hemorragia de 3.9%, una tasa de pancreatitis posterior a CPRE de 5.5%, así como una tasa de 1.8% de colangitis, con una mortalidad del 2.5%; sin embargo, sólo 0.092% de la mortalidad se vinculó directamente con el procedimiento. Se encontró que a partir de tres intentos de canulación se elevó el riesgo de complicaciones en un 22% y luego de cinco intentos de canulación hasta 33%. La principal causa identificada para complicaciones, durante o luego del procedimiento, fue un diagnóstico de colangitis; las complicaciones aparecieron en el 27.5% de los pacientes sometidos a CPRE.

**Conclusiones:** En el Hospital General de México se cumplen los criterios de calidad y se registraron tasas de complicaciones similares a las informadas en las publicaciones médicas, tanto en procedimientos realizados por residentes como en procedimientos efectuados por adscritos y residentes. No obstante, se requieren estudios complementarios con el fin de encontrar estrategias que ayuden a disminuir la tasa de complicaciones de los procedimientos practicados por el personal en formación.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom065

### UTILIDAD DEL DRENAJE BILIAR POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN OBSTRUCCIÓN DE LA ENCRUCIJADA BILIOPANCREÁTICA

L. A. Waller-González, R. Soto-Solís, M. I. Torres-Ruiz, K. Picaso-Ferrera, A. Darwich, CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La obstrucción de la vía biliar, benigna o maligna, y luego de una colangiopancreatografía transduodenal (CPRE) fallida, se puede resolver mediante colangiografía percutánea (CP) con éxito bajo y algunas complicaciones. Giovanini publicó en 2001 el primer drenaje de colédoco a duodeno (DBD-USE) con fines paliativos en la obstrucción maligna. En México se han notificado poco menos de 50 de estos procedimientos. En el servicio de endoscopia del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE se inició la práctica de los ultrasonidos endoscópicos terapéuticos desde 2017, cuyos resultados se exponen a continuación.

**Objetivo:** Evaluar la realización del DBD-USE en lesiones obstructivas malignas y benignas de la vía biliar, su eficacia y seguridad, en unidades gubernamentales.

**Material y métodos:** Es un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal de una cohorte de 50 pacientes adultos con obstrucción biliar. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años sometidos a DBD-USE que contaran con consentimiento informado e información suficiente para su análisis en el expediente clínico. Cuatro endoscopistas realizaron los procedimientos con ecoendoscopia lineal, agujas 19 G, guías hidrofílicas de 0.025 y 0.035, bisturí de precorte, dilatadores Max Force, dilatadores Soehendra y cistótomo 10 Fr. Se colocaron prótesis plásticas de doble cola de cochino como drenaje o para evitar la migración de las prótesis metálicas cubiertas de 10 mm x 4-8 cm (SEMS).

**Resultados:** De los 50 pacientes, 36 correspondieron al sexo femenino (72%) y las edades oscilaron entre la quinta y novena décadas de la vida; se practicaron 33 coledocoduodenostomías (66%), 13 hepaticogastrostomías (20%) y cuatro procedimientos *Rendez-vous* (8%). Se tuvo éxito técnico en 41 enfermos (82%) y éxito clínico en 40 (80%); en los cuatro procedimientos *Rendez-vous* que se intentaron se logró el éxito; en tres casos se usó para rehabilitación de anastomosis hepatoyeyunal por anatomía alterada. Surgieron cinco complicaciones tempranas (10%) y dos tardías (4%), con dos fallecimientos atribuibles al procedimiento (4%).

**Conclusiones:** La DBD es un procedimiento factible, seguro y útil para el drenaje de la vía biliar por obstrucción benigna o maligna cuando no se logra el acceso transpapilar o la anatomía está alterada. Pocos centros en México han informado la práctica de estos procedimientos terapéuticos, por lo cual es necesario incrementar la capacitación. Existen notificaciones mundiales de uso de prótesis de aposición luminal (LAMS); en el medio gubernamental de los autores no ha sido posible su uso en virtud del costo de estas prótesis.

**Financiamiento:** Se utilizaron recursos gubernamentales.

## Dom066

### DRENAJE DE ABSCESO HEPÁTICO GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO UTILIZANDO STENT METÁLICO DE APOSICIÓN LUMINAL

C. Robles-Medranda, L. F. Torreblanca-Sierra, V. Oregel-Aguilar, J. Alcivar-Vasquez, R. Del Valle-Zavala, D. Tabacelia, Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas

**Introducción:** El tratamiento con antibióticos y el drenaje percutáneo (DP) son la norma de atención para los abscesos hepáticos, con una tasa de éxito de 85% a 100%. La cirugía es la primera opción en caso de DP fallido o vía inaccesible para éste; sin embargo, la cirugía se acompaña de una elevada morbilidad (32%). En la actualidad, la ecografía endoscópica terapéutica (USE) ha ampliado sus indicaciones como estándar de atención para las colecciones de líquido peripancreáticas y en fecha reciente ha suscitado interés en el tratamiento de los abscesos hepáticos. Las imágenes en tiempo real y una vía de acceso corta hacen que el USE sea una opción atractiva en comparación con el DP. Sin embargo, los procedimientos se han limitado hasta ahora a colecciones de grandes dimensiones o ubicadas en segmentos de fácil acceso, como el lóbulo caudado, los segmentos II y III (lóbulo hepático izquierdo) y el segmento VIII (lóbulo hepático derecho).

**Objetivo:** Demostrar la utilidad del USE en el drenaje de colecciones en el lóbulo derecho del hígado.

**Informe de caso:** Paciente masculino de 66 años, hipertenso, anginoso e inestable con tratamiento antiagregante plaquetario y colecistectomía previa; acudió a la institución de los autores con fiebre y dolor abdominal de tres semanas de evolución. Los análisis de sangre revelaron leucocitosis y valores elevados de la proteína C reactiva. La tomografía computarizada (TC) con contraste identificó una colección no loculada de 5 x 7 x 6 x 4.8 cm en el segmento IV hepático, la cual persistía a pesar del tratamiento previo con antibióticos de amplio espectro. Debido a comorbilidades cardiovasculares, el paciente se hallaba bajo tratamiento antiagregante, lo que incrementó la morbilidad quirúrgica y el riesgo hemorrágico del drenaje percutáneo. El equipo multidisciplinario decidió intentar el drenaje guiado por USE a pesar de la difícil ubicación de alcanzar y la gran distancia entre el absceso y la primera porción de la pared duodenal. El transductor de USE se colocó a una distancia mínima de 16.8 mm de la colección hepática, de tal forma que se evitara la interposición de vasos o asas intestinales. Se realizó aspiración con FNA de 19 G y se observó contenido purulento; a continuación se dejó colocada una guía hidrofílica de 0.035 pulgadas bajo guía ecoendoscópica. Luego de lo anterior se insertó con éxito en la colección un *stent* metálico con un sistema de liberación mejorado con electrocauterio de 15 x 10 mm (LAMS) (HotAxios™, Boston Scientific, Marlborough, MA, Estados Unidos) (Fig. 1). Se realizó dilatación con balón hasta 15 mm a través del *stent* y se instiló la cavidad con agua estéril, 160 mg de gentamicina y 500 mg de metronidazol. El paciente recibió el alta el mismo día y la evaluación por TAC dos semanas después reveló la desaparición completa del absceso. El cultivo del pus fue positivo para el microorganismo bacteriano *Burkholderia spp* con sensibilidad a trimetoprim-sulfametoxazol. Se observó tejido de granulación a través del LAMS en el seguimiento de un mes. Después de retirar el *stent* se utilizó un clip sobre el endoscopio (OTSC; Ovesco Endoscopy AG, Tübinga, Alemania) para el cierre del defecto duodenal. Se continuó con cuatro meses de seguimiento sin recidiva.

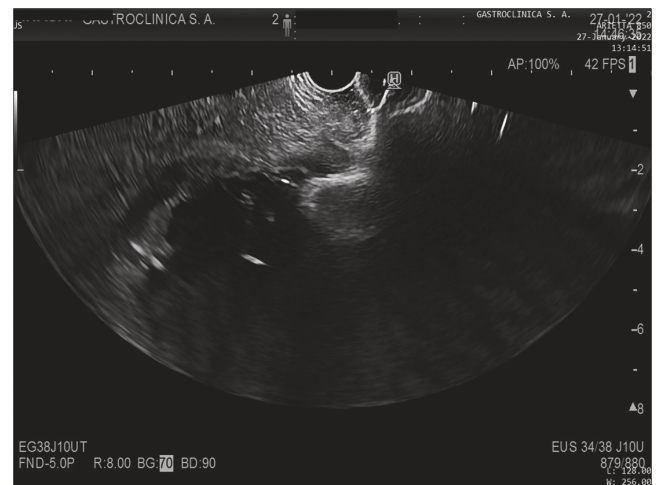
**Discusión:** Un estudio que comparó el drenaje de abscesos hepáticos guiado por DP y USE con *stents* metálicos autoexpandibles (SEMS) en 27 pacientes no mostró diferencias significativas en el éxito técnico y clínico, pero una tasa de recaída más corta para el grupo USE. Esto

probablemente se debe al gran calibre de los *stents* (10 vs. ninguno). Se prefieren los *stents* plásticos de doble cola de cerdo para el drenaje debido a los bajos costos y la vasta experiencia, pero existe un alto riesgo de contaminación peritoneal al dilatar el tracto, un tiempo de procedimiento prolongado y la necesidad de múltiples intervenciones. SEMS es una mejor opción, pero supone un alto riesgo de migración. Los LAMS tienen bajas tasas de migración y derrame intraabdominal debido a las bridas de fijación de los dos extremos, pero la corta longitud no permite el drenaje de colecciones ubicadas a grandes distancias. En contraste con el hígado izquierdo, los abscesos hepáticos derechos no se adhieren a la pared gástrica o duodenal y son aún más difíciles de acceder a través de USE debido a la larga distancia desde la luz gastrointestinal. Hasta la fecha, sólo se han descrito 10 casos con drenaje guiado por USE de un absceso hepático derecho mediante SEMS, incluido un biloma infectado. La tasa de éxito técnico y clínico fue del 83.3% al final de la primera sesión, pero del 100% en la segunda. La migración del *stent* de SEMS se identificó en dos casos. LAMS se utilizó con éxito en cuatro pacientes con abscesos en el lóbulo hepático izquierdo y no se produjeron complicaciones.

**Conclusiones:** LAMS parece ser una mejor alternativa a SEMS, pero no hay casos previos de su uso para el drenaje de abscesos en el lóbulo hepático derecho en las publicaciones médicas. A pesar de la principal limitación que representa la corta longitud del *stent* se logró drenar exitosamente el absceso.

**Financiamiento:** Ninguno.

Figura 1. Despliegamiento de la prótesis de aposición luminal. (Dom066)



## Dom067

### MANEJO ENDOSCÓPICO DE LAS PERFORACIONES DUODENALES RELACIONADAS A CPRE. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

A. Ortiz-Rojas, J. C. Zavala-Castillo, J. A. Benítez-Miranda, A. I. R. Lupian-Ángulo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Las complicaciones posteriores a la CPRE dependen de la complejidad del procedimiento y las características del paciente. La tasa general de complicaciones es de 5% a 9.8%, entre las que se informan perforaciones duodenales en 0.09% a 1.8% de los casos. Las perforaciones duodenales posteriores a CPRE constituyen un cuadro infrecuente y por lo tanto definir el tratamiento correcto de estos pacientes es todavía controvertido y se justifica una mayor

investigación. Son necesarios un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado de acuerdo con el tipo de lesión, ya que la atención tardía conlleva peores resultados clínicos con complicaciones como sepsis, falla multiorgánica y muerte en el 20% de los casos.

**Objetivo:** Describir la experiencia en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México en el tratamiento endoscópico de las perforaciones duodenales (en la clasificación de Stapfer) derivadas de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de las perforaciones duodenales tras CPRE que se produjeron en el HGM Dr. Eduardo Liceaga entre marzo de 2021 y febrero de 2022. Se incluyó a todos los pacientes sometidos a CPRE en el servicio de endoscopia y se identificó a 14 pacientes que presentaron una perforación como complicación del procedimiento endoscópico; en 10 casos se efectuó control endoscópico con hemoclip o prótesis biliar y se identificó la perforación durante el procedimiento: en tres casos el tratamiento fue conservador y en uno quirúrgico.

**Resultados:** Se analizaron 439 procedimientos realizados de marzo de 2021 a febrero de 2022 en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México. Entre las perforaciones causadas por la CPRE se identificó a 14 pacientes, en 13 de los cuales se trató de una perforación identificada durante la técnica y una posterior a ella mediante estudio de imagen; la edad media de estos pacientes fue de 50 años, 9 mujeres y 5 hombres; la indicación

principal fue coledocolitiasis en ocho de los casos y corroborada en cinco; en ocho casos, la canulación fue difícil (se requirieron más de cinco intentos de canulación y más de cinco minutos en llevarse a cabo); en siete casos se recurrió a una técnica de canulación avanzada (precorte); en cinco se enfrentó una complicación (pancreatitis); en cinco casos, la perforación fue Stapfer 2, en cuatro Stapfer 4, en dos Stapfer 1, en uno Stapfer 3 y en uno más fue diagnóstica luego del estudio mediante TAC. En 10 casos se resolvió por medios endoscópicos (en siete casos mediante colocación de hemoclip y en tres con la colocación de una prótesis biliar plástica); en tres casos el tratamiento fue conservador y en uno fue quirúrgico. Sólo un paciente pereció; el resto de los pacientes cursó con adecuada evolución clínica posterior al estudio.

**Conclusiones:** El tratamiento de las perforaciones duodenales ha pasado de ser quirúrgico como primera elección a tomar una modalidad endoscópica e incluso una conservadora. En este estudio se observó que las perforaciones identificadas durante el procedimiento con tratamiento endoscópico temprano tuvieron una adecuada evolución clínica; asimismo, aquéllos tratados de manera conservador tuvieron un adecuado desenlace clínico (aun cuando la intervención quirúrgica esté indicada o se lleve a cabo, debe realizarse de manera temprana). La elección del tratamiento (endoscópico, conservador o quirúrgico) debe siempre basarse en la detección temprana, así como en las condiciones y el estado clínico del paciente al momento de advertirse una perforación duodenal.

**Financiamiento:** Ninguno.