



**Antecedentes:** El Centro para el control y prevención de Enfermedades (CDC) en el periodo de octubre 2013 - abril 2014 registró el pico más alto de casos relacionados a Influenza AH1N1. No todos los casos sospechosos de influenza resultan positivos, pero todos generan costos a las instituciones. Nuestro objetivo fue describir las características de la población que acude con sospecha de Influenza al hospital de especia-

lidades CMN Siglo XXI durante una nueva epidemia. **Material y métodos:** estudio transversal de casos admitidos al servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel por sospecha de influenza de acuerdo a las guías de práctica clínica. Analizar los factores asociados a severidad de la infección. **Resultados:** se registraron 109 pacientes con promedio de 44 años edad, el 78% tenían menos de 60 años; el 62% fueron mujeres, 75% tenían

por lo menos un factor de riesgo como obesidad (26%) o hipertensión (27%). Solo 65 pacientes tuvieron prueba confirmatoria, 33.8% fueron positivas y 21% de ellos fallecieron. **Conclusiones:** La frecuencia de casos confirmados para Influenza es baja. Los factores asociados a mortalidad en los casos confirmados son la presencia de hipertensión, leucocitosis y presentación clínica de Insuficiencia respiratoria aguda grave (IRAG).

## GASTROENTEROLOGÍA

### 0011 Índice tobillo-brazo en la identificación de aterogénesis subclínica asociada en pacientes con insuficiencia hepática crónica

*Escobedo R, Gallegos I, Muñoz N*  
Hospital General Ticoman, SSA

**Introducción:** existe una tendencia pro-aterogénica en pacientes con enfermedad hepática crónica (EHC). El grosor de intima media carotídea (CIMT) por Doppler es útil para el diagnóstico precoz de la aterogénesis subclínica, que correlaciona con factores de riesgo cardiovascular. Este estudio evaluó la relación entre aterogénesis subclínica y el índice tobillo brazo (ITB) en pacientes con EHC. **Material y métodos:** pacientes con EHC

del Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Xoco atendidos durante Marzo 2014 a Febrero 2015. Se midió ITB y CIMT por métodos convencionales. La muestra se dividió en dos grupos de acuerdo a la determinación de CIMT (CIMT <0.05cm y CIMT >0.05cm). Se comparó mediante diferencia de promedios, análisis de riesgo (razón de momios), y estandarización por variables de interacción potencial (regresión logística). **Resultados:** se reclutó a 60 pacientes, 53 (88.3) hombres y 7 (11.6) mujeres, edad promedio de 47 años. La media de ITB  $1.012 \pm 0.144$ , en el grupo con CIMT >0.05. El ITB 5.2mg/dL) RM 5.3 (IC 95, 1.28-22.09), VSG (>20seg) RM 6.9 (IC 95, 1.68-28.9), edad >50 años

RM 7.1 (IC 95, 1.10-47.03).

**Conclusiones:** Se encontró que el ITB 0.05cm). Esto sugiere la utilidad del ITB como marcador no invasivo de aterogénesis subclínica y posiblemente de eventos cardiovasculares en pacientes con EHC.

### 0041 Encefalopatía hepática mínima como predictor de mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica

*Bosques F, Cortez C, Hernandez C, Gonzalez J, Monreal R*  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** la encefalopatía hepática mínima (EHM) es parte del espectro de la encefalopatía hepática, se caracteriza por alteraciones cognitivas y psicomotoras leves que afectan

la calidad de vida. Se ha observado una clara relación entre encefalopatía hepática manifiesta y mortalidad en pacientes con enfermedad hepática crónica y hepatitis alcohólica, sin embargo no está bien establecido si la EHM es también una herramienta pronóstica en estos pacientes. **Objetivos:** el objetivo primario de este estudio es determinar el valor pronóstico en mortalidad a 90 días de la detección de EHM en pacientes con hepatitis alcohólica. Como objetivos secundarios se determinó la prevalencia de encefalopatía hepática mínima en pacientes con hepatitis alcohólica y se valoró la relación entre encefalopatía hepática mínima y el desarrollo de complicaciones como sangrado de tubo digestivo, lesión renal aguda, encefalopatía hepática manifiesta, peritonitis bacteriana espontánea, coagulopatía, y correlación con escalas de severidad. **Material y métodos:** tipo de estudio: Prospectivo observacional comparativo. Se incluyeron en el estudio a los pacientes con diagnóstico clínico de hepatitis alcohólica. Se determinó la presencia de EHM utilizando el método de critical flicker frequency siendo positivo un valor menor a 38 Hertz. Se obtuvo además las escalas de severidad de MELD y Maddrey y se dio seguimiento a los 30, 60 y 90 días para valoración del desarrollo de complicaciones y mortalidad. Análisis estadístico: Se utilizó exacto de

Fisher. **Resultados:** se enrolaron 15 pacientes, 7 de los cuales presentaban EHM, se siguieron durante 90 días y se determinó el desarrollo de complicaciones y mortalidad. No se encontró una correlación significativa de encefalopatía hepática mínima con mortalidad (p.31) ni el desarrollo de complicaciones (p .7). Se observó una correlación significativa entre encefalopatía hepática mínima y MELD mayor a 24 (p.007). En el grupo de los pacientes con EHM se encontró una mortalidad del 57.9%, mientras que en el grupo sin EHM presentó una mortalidad del 25%. **Conclusiones:** en pacientes con hepatitis alcohólica la presencia de encefalopatía hepática mínima no mostró tener valor pronóstico de mortalidad ni del desarrollo de complicaciones, sin embargo, se observa una tendencia a predecir mortalidad por lo que se deberá aumentar el tamaño de la muestra.

#### **0052 Trombosis de la vena porta en pacientes con cirrosis: ¿Un hallazgo o un factor de mal pronóstico?**

*Borjas O, Cortez C, Alejandro J, García J, Gonzalez E*  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** el diagnóstico de Trombosis de la Vena Porta (TVP) se ha relacionado con aumento del sangrado gastrointestinal e infarto intestinal. No está claro si la trombosis de la

vena porta no relacionada a malignidad se asocia con una supervivencia reducida, o si es un epifenómeno de la enfermedad hepática avanzada. **Objetivos:** valorar prevalencia de TVP e influencia en STDA, PBE, encefalopatía 3-4, ascitis de gran volumen y mortalidad en pacientes con cirrosis. **Material y métodos:** estudio retrospectivo (Junio 2011 - Diciembre 2014) de los pacientes tratados con diagnóstico de la CIE 10 "fibrosis y cirrosis del hígado" u "otras cirrosis" en un solo centro (Hospital Universitario, UANL). **Resultados:** 169 pacientes, 55 mujeres y 114 varones, edad media  $54.43 \pm 12.75$ . Trece pacientes con TVP (7.6). El grupo TVP fue más joven ( $46.7$  VS  $55.1$  p = 0.025). Etiología predominante fue alcohólica. Los pacientes con Child A fueron más frecuentes en TVP (31 vs 5.1 p = 0.002) y los Child C en No-TVP (46.2 vs 57.1%). La media del puntaje MELD fue menor en TVP ( $11.54 \pm 5.06$  vs  $19.72 \pm 8.26$  p = <0.001). El TP, TTP, INR y BI fueron menores en TVP. El recuento plaquetario fue mayor en pacientes TVP ( $182.3 \pm 80.4$  vs  $121.4 \pm 75.3$  p = 0.003). Ninguno de los pacientes TVP recibió tratamiento anticoagulante. En STDA y PBE no hubo diferencia entre grupos. La encefalopatía grado 3-4 ( $46.7\%$  vs  $30.7\%$  p = 0.007) y la ascitis de gran volumen fue mayor en No-TVP (57 vs 38.4% p = 0.012). La supervivencia fue

mejor en los pacientes con TVP ( $16.5 \pm 27.9$  vs  $4.13 \pm 12.2$  meses  $p = 0.005$ ). La única variable predictor de mortalidad en análisis multivariado fue el Meld (HR 1.155, CI - 95 %, 1.098 - 1.215  $p = <0.001$ ). **Conclusiones:** este es el primer estudio que reporta la prevalencia de TVP en México. Encontramos que TVP por sí mismo no lleva a un peor pronóstico. La variable más confiable para predecir los **Resultados:** es el MELD. La presencia de TVP podría ser sólo un epifenómeno y no un marcador de enfermedad hepática avanzada.

#### 0054 Terapia transfusional y sus efectos sobre el calcio sérico en hepatópatas

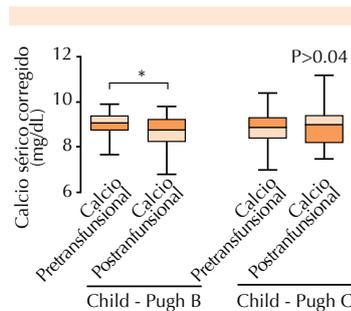
Muñoz E,<sup>1</sup> Suárez J,<sup>1</sup> Cerda F,<sup>1</sup> Huerta D,<sup>2</sup> Ramírez A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Xoco, SSA

<sup>2</sup> Hospital General Ticoman, SSA

**Introducción:** en la elaboración de concentrados eritrocitarios (CE) se usan sustancias quelantes de calcio para prolongar su vida útil.

**Objetivo:** evaluar el efecto de la transfusión de CE en el calcio de pacientes con Insuficiencia Hepática (IH) **Material y métodos:** pacientes con IH y anemia, en Medicina Interna del Hospital Xoco. Se comparó el calcio pre y post transfusión de un CE. **Resultados:** se incluyó 33 hombres y 7 mujeres. Edad  $51.1 \pm 12$  años. Distribución por Child-Pugh:



**Figura 1.** Terapia transfusional y sus efectos en el calcio sérico en hepatópatas.

B ( $n=23$ ) y C ( $n=17$ ). La media de calcio pre-transfusional  $8.96 \pm 0.63$  mg/dl, y pos-transfusional  $8.77 \pm 0.81$ ;  $p=0.13$ . Con diferencia significativa en los niveles de calcio en pacientes Child-Pugh B  $9.02 \pm 0.47$  vs  $8.68 \pm 0.75$  mg/dl;  $p=0.04$ ; se asoció al uso de CE con más de 21 días de almacenaje CE  $>21$  días [ $5.02\% \pm 3.53$ ]  $<21$  días [ $3.02\% \pm 2.49$ ],  $p=0.03$ .

**Conclusión:** La transfusión de CE se relaciona con reducción de calcio en pacientes con IH Child-Pugh B, además de que el tiempo de almacenamiento tiene impacto significativo en el nivel de reducción del calcio.

#### 0055 Comparación del uso de lactulosa y metronidazol vs lactulosa o metronidazol en el tratamiento de la encefalopatía hepática aguda

Ramírez A, Melchor A, Muñoz E Hospital General Xoco, SSA

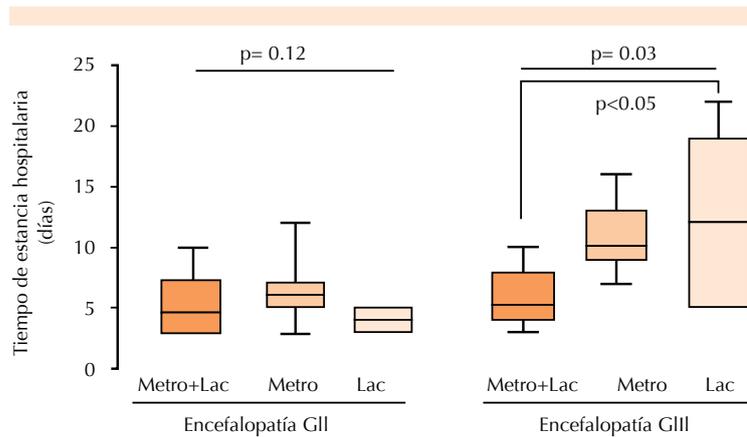
**Objetivo:** se analizó si el uso de lactulosa con metronidazol disminuye los días de estancia

hospitalaria en menor tiempo que al usar lactulosa o metronidazol. **Material y métodos:** se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Se revisaron 60 expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna del hospital general de Xoco con diagnóstico de EH grado II-IV de West Haven. Los pacientes fueron divididos en tres grupos de acuerdo a la terapia utilizada. El análisis estadístico se realizó con VassarStats. Se empleó ANOVA para comparar las medias entre grupos. **Resultados:** al correlacionar los días de estancia hospitalaria con la terapia empleada para los 3 grupos se obtuvo una  $p=0.10$ , se realizó un análisis de estratificación en el cual se correlacionó el grado de encefalopatía con la terapia empleada y los días de estancia hospitalaria, obteniéndose para pacientes con encefalopatía grado 2 una  $p=0.12$  y para grado 3 una  $p=0.03$  al comparar el uso de metronidazol + lactulosa con lactulosa en monoterapia.

#### 0070 Hepatitis fulminante por virus de Epstein Barr

Garza F, Galarza D, Herrera A Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Descripción del caso:** se trata de paciente femenino de 36 años de edad con antecedentes personales de Lupus Eritematoso Sistémico en tratamiento con prednisona 5 mg al día



**Figura 1.** Comparación del uso de lactulosa y metronidazol vs lactulosa o metronidazol.

vía oral y Metroxate 10 mg por semana vía desde hace 1 año con buena respuesta clínica. Inicia padecimiento 1 mes previo a su ingreso con astenia, adinamia, y anorexia, así como fiebre no cuantificada, 15 días previos al ingreso presenta dolor en hipocondrio derecho e ictericia y persiste fiebre, un día previo a su ingreso presenta alteración del estado de conciencia, caracterizada por lenguaje incomprensible y estupor, por lo que acude a un hospital de primer nivel del cual refieren a la paciente a nuestra institución por sospecha de hepatitis aguda con encefalopatía hepática (niega ingesta de paracetamol al ingreso a esta institución se encuentra a una paciente estupefada, desorientada en espacio y tiempo, con ictericia evidente, y dolor a la palpación en hipocondrio derecho, se solicitan estudios de gabinete, resultando con

una elevación de transaminasas y fosfatasa alcalina 15 veces por encima del límite superior e INR en 8.58, Bilirrubinas en 19.4 a expensas de indirecta, US de abdomen muestra inflamación hepática, se solicita panel para hepatitis A, B y C resultando negativos, ELISA para VIH negativo; por cuadro clínico compatible con hepatitis fulminante se inicia terapia con N-acetilcisteína y bolos de metilprednisolona, y se ingresa a la unidad de cuidados intensivos, en los días posteriores presenta deterioro gradual del estado de conciencia hasta encontrarse en encefalopatía grado IV (estado comatoso), por lo que se boletina como emergencia "0" para trasplante hepático; se solicita PCR en tiempo real para Citomegalovirus y para virus de Epstein Barr el cual se reporta positivo con 1432 copias/mL (.021 por ciento de hepatitis fulminantes son causadas por

Virus de Epstein Barr, motivo de lo interesante y raro de este caso), el trasplante hepático se realiza 6 días posterior a su ingreso hospitalario de un donante cadavérico, la paciente evoluciona favorablemente, recuperando el estado de conciencia 3 días posteriores a trasplante hepático, logrando su extubación y egreso de terapia intensiva 5 días posterior a trasplante, y alta a domicilio con terapia médica 10 días posteriores a trasplante hepático, a la fecha con seguimiento de la paciente por 15 días no ha presentado alguna complicación.

**0081 Poliposis inflamatoria gigante como manifestación de enfermedad de Crohn**

*Alemán D, Ramírez R, Matorros A, Sánchez E, Rodríguez M, Corral M, López R, Reyes A, Terán O, del Prado X, López Y, Ceñal I, Salgado T*  
Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** la poliposis inflamatoria gigante (PIG) es una lesión poco común benigna, asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Dos tercios se presenta en Enfermedad de Crohn (EC) y un tercio en Colitis Ulcerosa. Es confundida con Cáncer de Colon, ya que contiene tejido mucoso y submucoso, sin embargo, predomina el infiltrado inflamatorio. Con complicaciones como obstrucción colónica o intususcepción, requiriendo tratamiento quirúrgico. **Des-**



**cripción del caso:** masculino de 54 años, diabético, síndrome de intestino irritable. Inicia hace 4 meses con fiebre, diaforesis, escalofríos, pérdida de 18 kg en 3 meses y dificultad para defecar. En su hospitalización persiste con fiebre, dolor abdominal y estreñimiento, solicitándose tomografía abdominal que reporta tumoración heterogénea de 7x6 cms en sigmoides. Se realiza rectosigmoidoscopia con lesión polipoidea múltiple, reportándose biopsia con pólipos hiperplásicos sésiles y colitis crónica inespecífica moderada. Continúa la misma sintomatología, agregándose datos de abdomen agudo, radiografía abdominal con dilatación colónica y niveles hidroaéreos. Se realiza laparotomía exploradora encontrándose tumoración abdominal que involucra sigmoides adyacente y unión rectosigmoidea, se extiende a retroperitoneo. Con formación de absceso pericólico y abierto a cavidad, sin disrupción de la pared intestinal, enviado a patología reportando: Ell intramural crónica con hiperplasia de la capa muscular y granulomatosa no caseificante consistente con EC e hiperplasia folicular linfoide. **Discusión:** entidad asociada a largos períodos de inflamación, ulceración y reparación; provocando proyecciones polipoideas > 1.5 cms agrupadas formando una tumoración, localizada principalmente en colon descendente y sigmoides.

Colonoscópicamente se aprecia una masa de gusanos característica. Histopatológicamente con infiltrado inflamatorio sobre la muscular de la mucosa, úlceras profundas e hiperplasia linfoide. El tratamiento recomendado es la colectomía. **Conclusiones:** la PIG es una patología benigna infrecuente asociada a EC, no obstante ante cualquier sospecha clínica, endoscópica o imagenológica se deberá realizar colectomía con estudio histopatológico complementario que permita descartar una neoplasia del colon.

#### **0091 Eficacia comparativa entre levofloxacino vs ceftriaxona más macrólidos en neumonía adquirida en la comunidad**

*Miranda T, Perez S*

Hospital Christus Muguerza de Alta Especialidad

**Introducción:** en nuestro medio, la neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales causas de hospitalización, además de ser una de las principales causas de morbimortalidad por lo que es importante conocer la medida terapéutica más eficaz. **Objetivo:** comparar la eficacia entre el uso de Levofloxacino vs Ceftriaxona más Macrólido en pacientes con neumonía adquirida de la comunidad. **Materil y métodos:** diseño observacional, descriptivo y retrolectivo. Se incluirán todos los pacientes entre 16 y 65 años edad, que hayan ingresado al

Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad con cuadro clínico compatible con Neumonía Adquirida a la Comunidad en un periodo comprendido de Mayo del 2012 a Mayo del 2014. **Resultados:** se incluyeron 64 pacientes, 38 pacientes pertenecen al grupo recibió Levofloxacino y 26 pacientes al grupo que recibió Ceftriaxona más Macrólido. Se reportaron los siguientes resultados de Levofloxacino vs Ceftriaxona más Macrólido; en cuanto a CURB 65 (1.2 (IC95% 0.5-1.9) vs 1.4(IC95% 0.6-2.2), los días de estancia hospitalaria (5.92 (IC 95% 4.93-6.92) vs 5.65 (IC 95% 4.66-6.64) p=0.69), en cuanto a días de fiebre (2.11 (IC 95% 1.50-2.71) vs 2.15 (IC 95% 1.51-2.81) p=0.91), en cuanto a días con tos (4.66 (IC 95% 3.82-5.50) vs 4.85 (IC 95% 3.79-5.90) p=0.77), en días con disnea (2.32 (IC 95% 1.69-2.94) vs 2.65 (IC 95% 1.95-3.36) p=0.47). **Conclusiones:** no se encontró diferencia estadísticamente significativa de la eficacia en el tratamiento de Levofloxacino vs Ceftriaxona más Macrólido en pacientes adultos con Neumonía Adquirida en la Comunidad.

#### **0092 Valor predictivo positivo de la prueba de inmunoensayo para detección de toxina A y B de Clostridium difficile en un hospital privado**

*Perez S, Miranda T*

Hospital Christus Muguerza de Alta Especialidad

**Introducción:** *Clostridium difficile* es un bacilo gram positivo, causa comúnmente de diarrea en el medio hospitalario; siendo la incidencia documentada hasta un 10%. Hay distintos medios para su detección sin embargo en nuestro medio, una prueba muy utilizada es el inmunoensayo de Toxinas A y B. **Objetivos:** 1) Estimar el valor predictivo positivo de la prueba de inmunoensayo para detección de toxina A y B de *Clostridium difficile* 2) Establecer la incidencia de diarrea por *Clostridium Difficile* en el Hospital 3) Factores asociados más comunes. **Material y métodos:** estudio prueba diagnóstica. Se incluyó a pacientes que a los que se les buscó diarrea por *Clostridium difficile* de Enero del 2010 a Agosto del 2013 del Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad y con prueba de inmunoensayo positiva, y que se comprobara por biopsia y cultivo la presencia de *Clostridium difficile*. **Resultados:** se analizaron 360 pacientes a los que se le solicitaron Toxinas A y B, de los cuales 55 casos resultaron positivas; en 35 se demostró la presencia de *Clostridium difficile*. La incidencia fue del 10.2% y VPP de la prueba utilizado fue de 0.64 (IC95, 0.51-0.76). Se encontró que el uso de antibiototerapia previa (n=29) y el de inhibidores de bomba de protones (n=19) fueron los factores asociados más comunes. **Conclusiones:** la incidencia de *Clostridium*

*difficile* en nuestro medio es similar a la literatura revisada, sin embargo el Valor predictivo positivo fue bajo.

#### **0106 Gradiente de presión venosa hepática como predictor de fibrosis hepática avanzada**

*Borjas O, Hernández B, Cortéz C, Alejandre J, González E*  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** el gradiente de presión venosa hepática (GPVH) correlaciona con fibrosis hepática en etiologías virales y con complicaciones de la enfermedad avanzada. La biopsia hepática es considerada el estándar de oro para el diagnóstico de fibrosis hepática, sin embargo la variabilidad inter-observador, la viabilidad de la muestra y complicaciones limitan su uso. Estudios no invasivos como el Fibrotest se han utilizado como predictor de fibrosis hepática con resultados variables. **Material y métodos:** estudio retrospectivo (Junio 2011-Diciembre 2014) en un solo centro, Hospital Universitario (UANL). Pacientes con diagnóstico clínico de Hepatopatía Crónica sometidos a estudios de hemodinamia hepática con toma de biopsia. **Resultados:** total de 64 pacientes, Se descartaron 11 pacientes por muestra de tejido insuficiente. Total 53 pacientes, 29 hombres (54.7%) 24 mujeres (45.3%). Edad media 54.11 ± 12.3. Child A 24 (45.3%), B 23

(43.4%), C 6 (11.6%). MELD 8 (4-19). Etiología: alcohólica 19 (35.8%), Virus Hepatitis C 7 (13.2%), autoinmune 11 (20.8%), medicamentosa 2 (3.8%), Cirrosis Biliar Primaria 1 (1.9%) Esteato-hepatitis no alcohólica 3 (5.7%) criptogénica 10 (18.9%). En relación a GPVH, 6 (11.4%) pacientes mostraron GPVH normal (? 5mmHg), 3 (5.6%) 5.1-9.9 mmHg, 3 (5.6%) Hipertensión Portal (HP) clínicamente significativa (10-11.9mmHg) y 41 (77.4%) HP severa. La curva de la característica operativa del receptor (ROC) del GPVH para predecir fibrosis avanzada (3-4) tuvo un área bajo la curva (AUC) de 0.91 con un valor de GPVH 11.4 mmHg, con sensibilidad 95% Especificidad 75%. La curva ROC de GPVH para fibrosis hepática avanzada por Fibrotest resultó de 0.727, con valor de GPVH 11.9 mmHg, sensibilidad 90%, Especificidad 40%. **Conclusiones:** el GPVH se correlaciona con el grado de fibrosis hepática. Un GPVH por arriba de 11.4 mmHg es predictor de fibrosis hepática avanzada. Se puede utilizar este punto de corte para estimar el grado de fibrosis en pacientes con biopsia hepática insuficiente.

#### **0110 Asociación de la insuficiencia renal aguda con la mortalidad y complicaciones de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática**

*López M,<sup>1</sup> Castro D,<sup>1</sup> Santamaría T<sup>2</sup>*



<sup>1</sup> Hospital General de Ecatepec  
Dr. José María Rodríguez, SSA

<sup>2</sup> Hospital General de Ticomán,  
SSA

**Introducción:** la insuficiencia renal aguda es una complicación frecuente de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada. En este año el International Club of Ascites, publica una propuesta de un nuevo abordaje diagnóstico y terapéutico de la falla renal aguda en cirrosis.

**Material y métodos:** estudio transversal observacional no aleatorizado multicéntrico, se utilizó la definición de falla renal aguda propuesto por el ICA. **Resultados:** se incluyeron de 45 pacientes con cirrosis hepática, 36 hombres y 9 mujeres, con una edad promedio de 46.2 años, La etiología de la cirrosis hepática fue alcohol en 40 pacientes(88.9%), viral en 3(6.6%) y mixta en 2 (4.4%), la estadificación de falla renal aguda inicial fue: estadio1: 36 (80%), estadio 2: 8(17.78%) y estadio 3:1(2.22%). Ocurrieron 7 defunciones (15.5%). **Conclusiones:** la mortalidad estuvo asociada a una progresión del estadio de la falla renal aguda, y a la estadificación de la cirrosis hepática.

#### 0122 Síndrome de sobreposición de cirrosis biliar primaria y hepatitis autoinmune: reporte de un caso

López M,<sup>1</sup> González E,<sup>2</sup> Lara M,<sup>3</sup> Ayala D<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Tacuba,  
ISSSTE

<sup>2</sup> Hospital General Regional.  
Lic. Adolfo López Mateos,  
ISSSTE

<sup>3</sup> Hospital General de Ecatepec  
Dr. José María Rodríguez, SSA

**Introducción:** la coexistencia de cirrosis biliar primaria y hepatitis autoinmune, es una condición caracterizada por manifestaciones de ambas patologías, y que requiere tratamiento de ambas entidades. La cirrosis biliar primaria y la hepatitis autoinmune, son consideradas clásicamente diferentes enfermedades hepáticas. Con todo, se presentan pacientes con características clínicas, bioquímicas y serológicas de ambas patologías, en quienes se ha usado el término de síndrome de sobre posición para definir a esta condición con características ambiguas. **Descripción del caso:** femenino, 47 años, con los siguientes antecedentes: hermana fallecida por hepatitis de etiología no determinada, sin otros antecedentes de relevancia. La paciente inició desde seis años previos a su valoración en la clínica de hepatitis con fatiga y pérdida ponderal estimada en 10 Kg a lo largo de los últimos tres años, prurito generalizado, hace un año notó ictericia escleral leve por lo cual acudió a facultativo quien solicita estudios de laboratorio hallando elevación de aminotransferasas, fosfatasa alcalina y gammaglutamil

traspesptidasa, con hiperbilirrubinemia leve con patrón obstructivo, solicitó serología para virus de la hepatitis con anticuerpos positivos contra antígeno de superficie del virus de la hepatitis B, por lo que la paciente fue referida a la clínica de hepatitis de nuestro hospital. Se solicitó ultrasonografía de hígado y vía biliar en donde se reporta crecimiento hepático moderado, sin alteraciones de la vía biliar. Se realizaron serologías para VHA, VHC las cuales se reportaron negativas, se reportaron anticuerpos contra antígeno de superficie de la hepatitis B positivo, con historial de vacunación reciente para hepatitis B. Se realizó PCR para ARN de VHC y ADN de VHB negativas, se volvió a repetir la determinación de antígenos y anticuerpos contra core, antígeno de superficie y antígeno e, los cuales fueron negativos. Se realizó determinación de anticuerpos anti mitocondriales y antinucleares positivos. Se realizó biopsia hepática con inflamación portal crónica moderada, hepatitis de interfase leve, con fibrosis leve (Metavir F1) Nuestra paciente tenía una puntuación de probabl, con 24 puntos pretratamiento en el sistema de puntuación del Grupo Internacional de Hepatitis Autoinmune, títulos muy elevados de AMA-M2 y una puntuación de probable en el sistema de puntuación de CBP, por lo que consideramos que presentaba un síndrome sobreposición

HAI-CBP con predominio de HAI. Se instauró tratamiento con corticoides, respondiendo favorablemente, con resolución del brote y normalización de los parámetros analíticos.

### 0129 Efectos de un programa de optimización de TC de abdomen en el departamento de Urgencias

Escobedo M,<sup>1</sup> Villegas J,<sup>1</sup> Villarreal M,<sup>2</sup> Galarza D<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL

<sup>2</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** estudios observacionales han demostrado que 1 de cada 100 personas expuestas a 10 msv, equivalente a una tomografía computarizada (TC) de abdomen o tórax, estará en riesgo de desarrollar cáncer debido a esa única exposición. En México se desconoce la eficacia de la regulación de las TC. En el Hospital Universitario (HU) de la UANL se implementó un programa para regular las TC de abdomen en el Departamento de Urgencias (DU) del HU. En dicho programa se proporciona a los médicos a cargo del DU un curso educativo en donde se abordan las indicaciones correctas de las TC de abdomen según el Colegio Americano de Radiología (ACR) y los riesgos que conlleva la radiación. El estudio se realizó para establecer la eficacia de este programa. **Objetivo:** determinar y comparar la can-

tividad de TC de abdomen que se realizan y su justificación antes y después del "Programa de Uso Racional de Estudios Imagen" (PUREI). **Material y métodos:** estudio retrospectivo donde identificaron mediante la red de radiodiagnóstico los estudios realizados durante un periodo de 50 días antes del PUREI y 50 días después del mismo. Posteriormente se revisó de expedientes la indicación del estudio. La justificación del estudio se determinó según los criterios del American College of Radiology "ACR Appropriateness Criteria®", es importante recalcar que se utilizó el puntaje más estricto de 7-9 para catalogar al estudio como justificado. **Resultados:** se realizaron un total de 220 estudios antes y 221 estudios después del PUREI. En ambos grupos el porcentaje de mujeres fue de 49%. La media de edad fue de 46 años para ambos grupos. Se realizaron 45.9% de estudios no justificados antes del programa de optimización en comparación de 36.7% posterior al PUREI ( $p=0.03$ , Test de Fisher 43.6% de TC de abdomen simples antes del PUREI en comparación con 33.9% posterior al mismo ( $p=0.05$  y 32.3% de TC de abdomen contrastadas antes en comparación 41.2% después ( $p=0.07$ ). En el resto de estudios que involucran la región abdominal no hubo diferencias significativas. **Conclusión:** con una estrategia relativamente

sencilla se logró disminuir de manera significativa los estudios no justificados en el DU de un Hospital Universitario. Es probable que esto se traduzca en más diagnósticos oportunos y en menos repetición de estudios con una reducción en la morbi-mortalidad y en la exposición a la radiación y los riesgos que esta conlleva.

### 0201 Histoplasmosis intestinal, diarrea crónica: reporte de un caso en un paciente inmuno-competente

Zaldivar J, Badillo S, Calle D, Anda J, Meza P, Lerma L, Lomeli M, Flores C

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, SSA

**Introducción:** la histoplasmosis gastrointestinal (HGI) es muy común (70-90%), pero se sospecha poco, por manifestaciones atípicas y suele ser confundida y mal diagnosticada. La progresión y diseminación de la histoplasmosis es mortal sin tratamiento. **Objetivo:** conocer una de las formas clínicas extrapulmonares de la histoplasmosis. **Descripción del caso:** presentación de un caso de HGI. Femenina de 56 años de edad. **Antecedentes:** 2 pericos de mascota afuera de su casa, DM2, HAS. 4 hernioplastias, última hace 2 meses. Cuadro de un mes de evolución con diarrea líquida, amarilla, sin moco ni sangre, fiebre no cuantificada, náusea y vómito, por lo que fue hos-

pitalizada. A la exploración abdomen globoso, blando, puntos ureterales +, herida quirúrgica dehiscente con líquido purulento. **Laboratorios:** sodio 119, cloro 94, EGO esterasa leucocitaria 2+, proteinuria 1+, leucocitos 25-50/campo, bacterias abundantes, albumina 1.9, hemoglobina 10.8, VCM 83.9, HCM 28.4, leucocitos 7,700, plaquetas 301,000, ferritina 916, PCR ultrasensible 59, toxina de *C. difficile* negativa, peptido natriurético cerebral: 2347, anticuerpo anti-transglutaminasa IgG e IgA y anti-endomiso, anti-histoplasma capsulatum sérico negativo, urocultivo: *E. coli* BLEE (ECB), *E. faecalis*, hemocultivos: *K. pneumoniae* BLEE, ECB. Evolucionó con diarrea dolor abdominal, fiebre, melena, rectorragia, hematoquezia, edema generalizado, leucocitosis, estertores pulmonares, deterioro neurológico; tomografía (TC) tórax: infiltrados sugestivos micóticos; colonoscopia: pancolitis con empedrado inespecífico y múltiples pólipos, biopsia: histoplasmosis intestinal; tratamiento con antibióticos de amplio espectro, amfotericina B. Desarrolló falla cardíaca aguda, choque séptico y muerte. **Discusión:** consideramos que el sitio de infección inicial pudo ser la herida quirúrgica abdominal. La biopsia utilizó tinción de Grocott la cual confirma histoplasmosis; la serología fue negativa, la cual es poco sensible en histoplasmosis

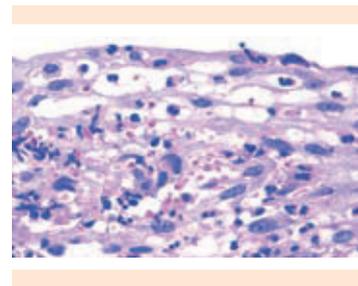
diseminada; no se confirmó histoplasmosis diseminada, pero la TC fue sugerente. Nuestra apreciación como factor causal de muerte fue la sepsis, y el desencadenante la HGI con un rápido compromiso pulmonar que a pesar del tratamiento indicado tuvo un rápido deterioro. **Conclusión:** la HGI es una entidad que tiene muchas manifestaciones atípicas, pero se debe de sospechar en pacientes en riesgo y con diarrea crónica.

#### 0205 Enfermedad de Crohn con afección esofágica: reporte de un caso y revisión de la literatura

Alvarez C, Martínez E, Pérez J, Gutiérrez L  
Hospital General de Pachuca, SSA

**Introducción:** la enfermedad de Crohn es un padecimiento crónico del tubo digestivo que puede afectar cualquier parte del tracto digestivo, de la boca al ano. Se cree que es el resultado de la alteración entre mediadores proinflamatorios y antiinflamatorios. Susceptibilidad genética y agentes ambientales pueden contribuir. 30% afectan al intestino delgado, particularmente íleon, 20% colon, 45% ambos y menos del 8% al esófago. **Descripción del caso:** femenino de 41 años de edad, inicia desde hace 6 meses con episodios de diarrea, náusea, dolor abdominal, vómito e intolerancia a la vía

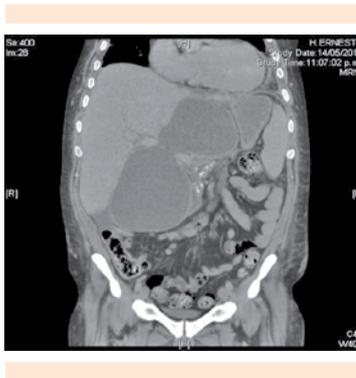
oral. Presenta salida de material purulento por sonda nasogástrica, se realiza endoscopia que reporta inflamación severa, ulceraciones y microabscesos. Se toma biopsia donde se observa infiltrado agudo y crónico en epitelio escamoso y lámina propia, compatibles con enfermedad de Crohn (Figura 1). **Conclusiones:** la afección esofágica en Crohn es una entidad infrecuente, que debe sospecharse ante síntomas digestivos infrecuentes.



#### 0262 Pseudoquiste pancreático. Reporte de caso

Andrade C, Ibarra H, Ancer J, Garza J, Villarreal M, Galarza D  
Hospital Universitario Dr. José E Gonzalez, UANL

**Antecedentes:** La pancreatitis por alcohol es la causa principal (59 -78%). **Objetivo** Presentar un caso de Pseudoquiste pancreático en un paciente con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis. **Informe de caso:** Masculino de 35 años; alcohólico crónico, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Acude por disnea al reposo, 1 semana de evolución y dolor epigástri-



co. Al ingreso febril, abdomen doloroso. Hemocultivo de catéter y periférico positivo para *Pseudomonas Spp*, se recambia catéter e inicia antibiótico. Presenta hematemesis, endoscopia superior reporta esofagitis grado C, mucosa gástrica congestiva con efecto masa, tomografía de abdomen contrastado observa páncreas con calcificaciones, 2 masas isodensas, 12.4 cm, semejan pseudoquiste pancreático. Se realiza cistogastroanastomosis exitosa, reporte de patología consistente. **Conclusión:** El pseudoquiste pancreático es una complicación frecuente, su detección oportuna y tratamiento adecuado mejoran el pronóstico.

**0267 Trombosis venosa espleno-porto-mesentérica. Complicaciones agudas y crónicas: diagnóstico y tratamiento**  
*Ilizaliturri O, Monreal R, Espinosa J*  
 Hospital Universitario José Eleuterio González

**Antecedentes:** La trombosis venosa espleno-porto-mesentérica (TV-EPM) es una entidad

poco frecuente. **Objetivo:** Describir las complicaciones agudas y crónicas de un evento de TV-EPM así como su abordaje diagnóstico y terapéutico. Reporte de caso: Masculino de 39 años de edad sin antecedentes personales relevantes que ingresa por cuadro agudo de trombosis venosa portal aguda con extensión a vena mesentérica superior y esplénica secundaria a trombocitosis esencial (trombocitosis + mutación JAK2 V617F). Durante la fase aguda presenta datos de hipertensión portal (ascitis, esplenomegalia y varices esofágicas pequeñas sin estigma de riesgo). Se decidió manejo con Rivaroxaban, además de Aspirina, Hidroxiurea y diuréticos. Dos meses posteriores al inicio de su padecimiento reingresa en repetidas ocasiones por cuadro de suboclusión intestinal que remite con el ayuno y tratamiento conservador y se exacerba al reiniciar la vía oral. EnteroTAC revela la presencia de estenosis a nivel de íleon terminal. Se decide realizar LAPE la cual corrobora el diagnóstico sin observar datos de isquemia intestinal. Se realiza resección de segmento afectado con posterior anastomosis termino-terminal sin complicaciones. **Discusión:** Nuestro paciente presentó un cuadro de TV-EPM secundaria a trombocitosis esencial, presentando datos de hipertensión portal en la fase aguda y estenosis intestinal de forma crónica. Después de la

recuperación de un episodio agudo de trombosis venosa mesentérica, la estenosis intestinal es una de las posibles complicaciones a considerar en estadios crónicos. La exploración quirúrgica puede ser una opción apropiada, la cual evita el malestar del paciente debido a la necesidad de restricción dietética y necesidad de hospitalizaciones recurrentes. Hasta el momento existen solo algunos reportes de caso en donde Rivaroxaban ha mostrado ser efectivo y seguro en el manejo de trombosis venosa portal. **Conclusión:** La TV-EPM es una entidad rara en la cual siempre se debe investigar una causa subyacente. Un seguimiento estrecho es requerido con el objetivo de identificar de forma oportuna posibles complicaciones tanto en la fase aguda como crónica de la enfermedad. Hasta el momento Rivaroxaban parece una opción segura en el tratamiento de esta entidad.

**0270 Hipocalcemia secundaria a hipomagnesemia como manifestación de actividad en enfermedad de Crohn**

*Romero J, Méndez A, Castellanos D, Cruz A*  
 SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Antecedentes:** Existen pocos casos documentados de hipocalcemia secundaria a hipomagnesemia en pacientes con Enfermedad de Crohn (CD), siendo ésta un factor



desencadenante de su actividad. El magnesio forma parte importante de los mecanismos inflamatorios, regulando la secreción de TNF alfa y NFkB, así como la homeostasis del calcio, tanto a nivel gastrointestinal como óseo, además de participar como cofactor de la 125-hidroxivitamina D-hidroxilasa. La hipomagnesemia en estos pacientes, es causa de hipocalcemia, deficiencia de vitamina D y de actividad de la enfermedad. Se presenta un caso de hipocalcemia asociada a hipomagnesemia en un paciente con CD activa.

**Objetivo:** Identificar la asociación entre hipomagnesemia e hipocalcemia en un paciente con CD activa. **Informe del caso:** Masculino de 34 años con diagnóstico de CD y Espondilitis Anquilosante de 2 años de evolución, tratado con certolizumab pegol mensual. Antecedente de resección de íleon terminal por apendicitis complicada y portador de ileostomía, con múltiples internamientos por hipocalcemia a pesar del tratamiento suplementario con calcio oral. Ingresó por parestesias y debilidad de extremidades, con signos de Chvostek y Trousseau. La ileostomía era de gasto alto en ileostomía y se documentó hipocalcemia corregida de 7.3 mg/dL e hipomagnesemia de 0.7 mg/dL. Se realizó reposición electrolítica con mejoría sintomática. Al alcanzar niveles normales de Calcio, se redu-

jo su infusión y se ajustó su reposición oral. De nuevo se documentó hipokalemia, con un gradiente transtubular de potasio de 11.3, sin desequilibrio ácido base, concluyéndose la hipomagnesemia como el factor desencadenante. La PTH se encontró elevada y la 25-hidroxivitamina D fue normal, descartándose deficiencia de vitamina D o hipoparatiroidismo; se calculó el CDAI en rango de actividad de CD. **Discusión:** El magnesio en la CD ha demostrado estar relacionado con mecanismos inmunopatológicos de su activación; de la misma manera, juega también un papel importante en la regulación del calcio. El gasto elevado de la ileostomía en este caso, se relacionó con la pérdida gastrointestinal de magnesio, lo que a su vez condicionó activación de la cascada inflamatoria, mecanismo que perpetuó la actividad de la CD.

#### **0357 Proteinopatías a nivel gastrointestinal en la enfermedad de Alzheimer asociadas a síndrome de Ogilvie. Reporte de caso**

*Jiménez-Castillo G, Medrano-Deleija I, Barragán-Berlanga A* SSA, San José, Tecnológico de Monterrey/Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda.

**Antecedentes:** La Pseudo-obstrucción intestinal aguda o Síndrome de Ogilvie (SO), es una dilatación colónica proximal sin obstrucción mecánica;

es poco conocido y diagnosticado con una incidencia del 18.5%. **Objetivo del estudio:** Conocer las proteínopatías a nivel Gastrointestinal (GI) de la Enfermedad de Alzheimer (EA) en relación con el SO y otros factores de riesgo. **Informe de caso:** Femenino de 83 años. Antecedente de Artritis Reumatoide y EA de larga evolución. Medicamentos: olanzapina, memantina, rivastigmina y metotrexate. Valoración Geriátrica integral (VGI) con KATZ G, Lawton y Brody de 0/8, Rockwood 6/7, Cornell y MMSE no valorable al momento. Inicia 3 meses previos con aumento del perímetro abdominal, hiporexia y dolor abdominal con ausencia de canalización de gases y evacuaciones; exploración física: neurologicamente desorientada en tiempo y lugar, orientada en persona con glasgow en 15; no compromiso cardiorrespiratorio, abdomen globoso a expensas de aire, timpánico a la percusión, peristalsis aumentada en colon derecho y muy disminuido en izquierdo; dolor abdominal en cuadrante inferior derecho a la palpación. Laboratorios sin alteraciones. Radiografía de abdomen con distensión del colon en todo su trayecto, mayor en recto-sigmoides; TAC de abdomen con enfermedad diverticular y panendoscopia con gastritis atrófica. Se coloca sonda intrarrectal con mejoría y se egresa. Reingresa en dos ocasiones con misma sintomatología hasta

el inicio de neostigmina. **Resultados:** En la EA el depósito de alfa-sinucleína tiene un rol importante en los plexos autonómicos, ganglios periféricos, así como en las estructuras tele-encefálicas y existe una reducción en el factor neurotrópico cerebral el cual interviene en el sobrevida de las neuronas del Sistema Nervioso Central (SNC) y GI. Otros factores de riesgo son la edad (> 60 años), pluripatología, polifarmacia y medicamentos (como antipsicóticos, opioides o anticolinérgicos trastorno neurocognitivo mayor y fragilidad. **Conclusión:** El SO es poco reconocido y tiene alta mortalidad (perforación 15-50%). En el EA las alteraciones a nivel de proteínas en el sistema GI lo hacen común; hay que descartar casuas obstructivas o metabólicas. Para el tratamiento se debe considerar la VGI; el uso de neostigmina funciona hasta en el 91% de los casos contra el 30% de mortalidad quirúrgica.

**0376 Utilidad de la defecorre-sonancia en el estudio de pacientes con estreñimiento crónico refractario a tratamiento médico convencional**

Garza D, Cano I, Morales L, Tinoco A, Sánchez M  
Privado San José, Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey.

Los trastornos del piso pélvico son un problema frecuente en

adultos, que impacta en su calidad de vida, y los lleva a padecer estreñimiento y dolor crónico. La evolución en estudios para evaluar la defecación de los pacientes, nos ha llevado a contar con defecografía, manometría, ultrasonido transperineal y defecorresonancia (DR). No se ha establecido un consenso en la utilidad de la DR en el abordaje de estreñimiento crónico. La DR, con mayor definición anatómico-funcional, debiera auxiliarnos en el diagnóstico etiológico de pacientes en los cuales no queda claro por el abordaje convencional.

**Objetivo:** Conocer si la DR es útil en el diagnóstico etiológico en pacientes con estreñimiento crónico y proctalgia persistente, quienes han sido estudiados y tratados en forma convencional. **Material y Método:** Se revisaron 5 expedientes de pacientes adultos, 4 femeninos y 1 masculino, con edad media de 44 años. Todos con estreñimiento crónico manifestado por esfuerzo defecatorio acompañado de proctalgia. Los 5 fueron sometidos a manometría anorrectal encontrando disinergia del piso pélvico. Se les realiza defecografía encontrando aumento de ángulos anorrectales, rectocele anterior, orificios anales reducidos y descenso de la unión anorrectal por debajo de la línea pubococcígea. Los pacientes recibieron tratamiento con laxantes, mejorando la frecuencia de evacuaciones

pero persistiendo con tenesmo y dolor rectal. Posteriormente, recibieron reeducación anorrectal mejorando la sensibilidad y la disinergia del piso pélvico. A pesar de continuar tratamiento médico y ejercicios en casa, continuó el dato pivote de proctalgia, por lo que se decide realizar DR en busca de defectos anatómicos. Se efectúa en forma estandarizada DR en múltiples secuencias y cortes estandarizados. **Resultado:** Se identifica, en los 5: descenso del piso pélvico, hipomotilidad del recto, vaciamiento de 40% y estrechez en los orificios anales. Reportan 2 con fibrosis adyacente a músculo puborectal, 2 con colecciones o abscesos, 2 con engrosamiento asimétrico de esfínter anal y 1 con tracto fistuloso y otro con desgarró de músculo esfintérico. **Conclusión:** La DR es útil para estudiar pacientes que no respondieron a terapéutica convencional y fueron abordados sin encontrar el defecto. Nos proporciona mayor detalle del ano, recto y estructuras adyacentes, por lo que debemos considerarlo en el algoritmo.

**0381 Defunción posterior a tratamiento intervencionista con quimioembolización transarterial con partículas de polivinilo en un paciente con hepatocarcinoma estadio B de la BCLC en un hígado no cirrótico**

Lara L,1 Castilleja J,1 García R2  
1Universitario, Hospital Zambrano Hellion, Tecnológico



de Monterrey, 2Universitario, Hospital San José, Tecnológico de Monterrey.

Masculino de 73 años de edad quien acude por malestar general, dolor abdominal, hiporexia, náusea y vómito de una semana de evolución. Refiere pérdida de peso de 12 kg en el último año. A la exploración física con datos clínicos de deshidratación leve y abdomen doloroso sin datos de irritación peritoneal. Laboratorios de ingreso muestran leve transaminasemia, resto sin alteraciones. Se solicita TC de abdomen multifase encontrando masa de bordes poco definidos en segmento 6 del hígado de 6.1 x 7.5 x 7.7 cms radiológicamente compatible con hepatocarcinoma. Se confirmaron dichos hallazgos con RMN contrastada. En secuencia de supresión para grasa, datos de esteatosis hepática. AFP de 8324 UI/ml. Se estadifica como BCLC B en el contexto de un paciente sin cirrosis, ECOG 1, CHILD A. Se realiza TACE con partículas de polivinilo, mostrando pérdida de la circulación de lesión de mayor dimensión. Dicho procedimiento cursó sin complicaciones. Dos semanas posteriores es reingresado por intolerancia a la vía oral, dolor abdominal de mayor intensidad y fiebre de 38°. Clínica y bioquímicamente con datos compatibles insuficiencia hepática aguda IHA y nueva AFP de 33500 UI/ml. TC multifase mostró hepatomegalia impor-

tante a expensas de lóbulo izquierdo y un crecimiento desproporcionado de lesiones satélite. Durante su evolución en los siguientes días se presentó progresión de la IHA. Se continúa seguimiento con cuidados paliativos y de soporte. 24 días posteriores a quimioembolización ocurre el deceso del paciente. El tratamiento con TACE es una opción terapéutica para el control del hepatocarcinoma irreseccable. El promedio de supervivencia posterior a TACE fue de 20 meses en diversas cohortes para un BCLC B. La IHA ha sido la complicación más frecuente en estudios retrospectivos con una incidencia que oscila entre 17-20%. Factores de mal pronóstico en pacientes tratados con TACE han sido identificados, tales como hipalbuminemia, ascitis, pobre estatus funcional, e involucro vascular. Molecularmente se ha descrito un crecimiento acelerado de enfermedad metastásica por aumento de VEGFR e IGF2R secundario a isquemia. Llama la atención del presente caso el crecimiento exponencial de metástasis 15 días posteriores a la intervención con TACE precipitando IHA en un paciente con buena reserva hepática, no cirrótico, sin factores de mal pronóstico que justificara su presentación.

**0434 Características de los pacientes con enfermedad celiaca en el Hospital San José, Tec Salud en Monterrey, Nuevo León**

Suárez A,<sup>1</sup> Decanini J,<sup>2</sup> Sánchez M,<sup>2</sup> Morales L,<sup>2</sup> Barbosa Á,<sup>2</sup> Díaz C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SSA, Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda, <sup>2</sup>Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey

**Antecedentes:** La enfermedad celiaca (EC) es una enteropatía autoinmune en la cual no existen estudios descriptivos en pacientes adultos en México.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, serológicas e histopatológicas de pacientes con EC, en el Hospital San José Tec de Monterrey. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico de pacientes con EC. **Resultados:**

Se incluyeron 29 pacientes; de los cuales 23 (79.3%) presentaron IgA antigliadina positivo, 27 (93.1%) IgG antigliadina positivo; 5 (17.2%) IgA antiendomiso positivo; 12 (41.4%) IgA transglutaminasa positivo y 12 (41.4%) IgG transglutaminasa positivo. Hubo infiltración linfocítica, Marsch I, en 16 pacientes (55.2%), 9 (31%) con hiperplasia de criptas, Marsch II, y 4 (13.8%) con atrofia de vellosidades, Marsch III. **Discusión y Conclusiones:** Los anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa se relacionan con un alto valor predictivo positivo para el grado de atrofia en la escala de Marsch.

**0475 Hemorragia gastrointestinal de origen oscuro secundario a sarcoma en yeyuno**

Avilés M0, Castellanos D1, Cruz A0

0.SSA Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga"; 1.SSA Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Antecedentes:** El sangrado gastrointestinal de origen oscuro (SGIOO) constituye el sangrado de origen incierto, que persiste o recurre, con hallazgos negativos en las endoscopias alta y baja. Representa 5% de los casos de SGI; 80% se originan en intestino delgado. Evidente como hematemesis, melena o hematoquezia, o bien sangrado oculto con anemia ferropénica o sangre oculta en heces. Los tumores de intestino delgado representan del 1.1 al 2.4% de los tumores GI. Los tumores de su estroma (TEGI) se presentan en 30% en yeyuno; 40% son invasores y 10% se detectan como enfermedad metastásica. Los TEGI y el leiomioma comparten similitudes clínicas, macro y microscópicas, que hacen difícil su diagnóstico diferencial en ausencia de inmunohistoquímica. **Descripción del caso:** Hombre de 54 años, inició seis meses previos con melena esporádica y posteriormente diaria. Ingresó por síndrome anémico, abdomen doloroso en mesogastrio, sin visceromegalias ni ascitis. Laboratorio: Hemoglobina 5.2 g/dL, microcítica hipocrómica, plaquetas de 60,000. Requirió apoyo transfusional mejorando Hb hasta 7 g/dL, TTP de 51.6

segundos, INR 1.4, transaminasas normales. Marcadores tumorales: Ca 19-9 de 199.4U/mL (elevado) y Ca 125 de 685 U/mL (elevado). Endoscopia y colonoscopia sin evidenciar causa de sangrado. Se planeó estudio con cápsula endoscópica; sin embargo, de manera súbita cursó con hematoquezia masiva, deterioro hemodinámico y disminución de Hb a 4.2 g/dL. La laparotomía documentó tumoración hemorrágica perforada de 8x4x4cm, requiriendo resección de 25 cm de yeyuno con entero-entero anastomosis termino-terminal. El reporte histopatológico concluyó tumor maligno compatible con sarcoma del estroma gastrointestinal de tipo epitelial. Estudios de extensión con actividad metastásica pulmonar y ganglionar. Por criterio oncológico, candidato a manejo paliativo. El reporte de inmunohistoquímica fue Leiomioma Epiteloide. **Conclusiones:** Es importante no olvidar esta consideración diagnóstica en el SGIOO, aun cuando la incidencia de estos tumores es baja, su capacidad invasora elevada determina su baja supervivencia. Los pacientes que no presentan enfermedad invasora, se benefician de la sola resección, con tasa de supervivencia a 5 años hasta de 63%; con enfermedad metastásica, la supervivencia es de 19 meses, haciendo al diagnóstico temprano el mejor predictor de sobrevida.

### 0488 Frecuencia de la hemorragia asociada a varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática detectados en un servicio de endoscopia Gastroenterológica

Reyes L0

0.Ssa Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca

**Introducción:** La cirrosis hepática (CH) genera alrededor de 800,000 muertes a nivel mundial por año, es la cuarta causa de muerte entre los individuos de 25-45 años en México. La hemorragia por várices gastroesofágicas se reporta entre el 25-30% de los pacientes con CH. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de hemorragia variceal y características demográficas de los pacientes con CH atendidos en el servicio de Gastro-endoscopia del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. **Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo realizado del 1 de enero al 31 diciembre del 2014. Se valoraron a todos los pacientes con CH y hemorragia digestiva alta que contaran con endoscopia. Se calculó una muestra de 228 pacientes. **Resultados:** Se incluyeron 236 pacientes, 172 fueron hombres (72.9%), 64 mujeres (27.1%), con una media de la edad de 54±14.04 años. Se encontró una frecuencia de hemorragia variceal del 15%. Entre otras causas de sangrado se encontró a la Úlcera gástrica y duodenal, las gastritis hemorrágicas, la



hipertensión porta severa entre otras, teniendo como principal etiología de la cirrosis al consumo crónico de alcohol en un 67% de los pacientes. Los recuentos plaquetarios de ingreso de los pacientes mostraban una media de  $126 \pm 63.9$  miles, hemoglobina  $8.9 \pm 2.6$  y albumina  $2.38 \pm 0.67$ . **Conclusión:** Los resultados obtenidos muestran una alta prevalencia de varices esofágicas en los pacientes cirróticos. Cada episodio de sangrado incrementa el 11% de mortalidad de manera acumulativa. Es necesario implementar medidas preventivas para mejorar la tasa de sangrado en pacientes con CH.

#### **0664 Cáncer gástrico: ¿estamos perdiendo la oportunidad de un diagnóstico precoz?**

*Tapia R*

Privado, Centro Médico ABC.

**Antecedentes:** El cáncer gástrico (CAG) es la tercera causa de mortalidad por neoplasias en México. Según la guía de diagnóstico y tratamiento (AMG, 2010) la endoscopia con toma de tejido para biopsia, es el estudio más rentable para la identificación de esta patología.

**Objetivo:** Conocer el número y características clínicas de los enfermos que tuvieron al menos un estudio endoscópico de tubo digestivo proximal antes del diagnóstico definitivo de CAG. **Materiales y Métodos:** Se revisaron los expedientes de todos los enfermos con

diagnóstico de CAG admitidos al INCMNSZ durante un periodo de 5 años. La población se dividió en grupo A, aquellos con un solo estudio endoscópico en el que se estableció el diagnóstico de CAG y B, aquellos que tuvieron más de un estudio endoscópico dentro de un periodo máximo de 24 meses antes del diagnóstico definitivo de CAG. **Resultados:** De los 112 enfermos con CAG, 70% conformaron el grupo A y 30% el grupo B. De éste último, en 26 de los 34 casos la imagen endoscópica sugería una neoplasia que no fue confirmada histológicamente. En los 8 restantes la imagen macro ni microscópica fue sugerente de malignidad. La única variable que implica un riesgo significativo de retraso en el diagnóstico fue el uso de inhibidores de bomba de protones en los enfermos del grupo B. **Conclusiones:** El hecho que la mayoría de los enfermos con endoscopia previa tuviera una imagen macroscópica sugestiva de CAG obliga a revisar el material histológico y en su caso repetir el estudio.

#### **0671 Hígado graso asociado al embarazo**

*Vazquez R, Hernandez L*

SSA, Hospital Regional Dr. Rafael Pascasio Gamboa.

**Introducción:** El hígado graso asociado al embarazo es una enfermedad catastrófica de falla hepática aguda que afecta

a la embarazada, generalmente en el tercer trimestre de gestación, su reconocimiento temprano resulta esencial ya que un retraso en el diagnóstico se asocia a una significativa morbimortalidad materna y perinatal. **Descripción de casos:** Fem de 16 años de edad. G: 1 A:0 Inicia padecimiento 2 días previos a su ingreso al cursar con embarazo aparentemente normoevolutivo sin control prenatal, presentando desencañamiento de TDP recibiendo atención por partera empírica en domicilio, posteriormente presenta náusea, vómito de contenido alimenticio, cambios en coloración de la piel, epistaxis. EF: Glasgow 11, piel y mucosas secas, ictericia generalizada, derrame pleural derecho, taquicárdica, abdomen con matidez cambiante, anasarca, bioquímicos con Hb 5.6 g/dl, leucocitos 28730 con predominio de neutrofilos, plaquetas 11500, glucosa 56, Urea 89 mg/dl, Cr 4.3 mg/dl, Alb 1.6, AST 521 ALT 482, GGT 245, BT 16.5, BD 14.2 BI 2.3, DHL 2310, Tp 23 TTP 53 INR 2.6, panel viral de VHA,B, C, TORCH negativo, US abdomen con datos de hiperecogenicidad difusa, se inicia apoyo transfusional de hemoderivados, se ingresa a terapia intensiva, se continua con hidratación intensiva, ácido ursodesoxicólico 750mg/día, con requerimiento de TSFR en modalidad HD por LRA oligúrica que condiciona EAP, posteriormente con

mejoría clínica y bioquímica, siendo egresada tras 24 días de estancia intrahospitalaria.

**Comentario:** El hígado graso asociado al embarazo es un trastorno multisistémico, con afección principalmente hepática, renal y coagulopatía, con una incidencia reportada de 14 por 10,000 embarazos. Caracterizada por infiltración microvascular grasa de los hepatocitos con pérdida progresiva de la función hepática atribuido a un defecto en la beta oxidación mitocondrial de ácidos grasos. El curso clínico puede ser variado, para el diagnóstico se proponen los criterios de Swansea con alto valor predictivo negativo, la interrupción del embarazo y reconocimiento temprano son la piedra angular del tratamiento, además del manejo médico de soporte, lográndose disminuir mortalidad a < 10%.

**Conclusiones:** La finalidad de presentar este caso clínico es señalar la importancia de la presente patología por el riesgo elevado de falla multiorgánica y mortalidad asociada en donde el manejo multisistémico y monitoreo hemodinámico son esenciales para un mejor tratamiento y pronóstico favorable.

#### **0826 Frecuencia y factores de riesgo de enfermedad diverticular en el paciente geriátrico.**

**De la Clínica Hospital ISSSTE Tamazunchale, San Luis Potosí**  
Alvarado J<sup>0</sup>, Reséndiz L<sup>2</sup>, Zapata J<sup>3</sup>, Zapata S<sup>1</sup>

<sup>0</sup>Universitario, Universidad Cuauhtemoc, San Luis Potosí, San Luis Potosí; <sup>1</sup>Universitario Universidad del Noreste, Tampico, Tamaulipas; <sup>2</sup>ISSSTE, Clínica Hospital Tamazunchale, San Luis Potosí; <sup>3</sup>IMSS, Hospital General De Zona No. 6 Ciudad Valles, San Luis Potosí.

**Antecedentes:** en occidente la enfermedad diverticular afecta a más de la mitad de > 60 años 20% con síntomas, 70% con enfermedad diverticular son asintomáticos. El Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán con prevalencia 4.1% en radiología y 1.9% en autopsias, el Hospital Español de México de 9.2% en radiología. Es poca bibliografía que describa la asociación entre enfermedad diverticular y la dieta en la población mexicana > 65 años. En Estados Unidos y Australia, es común la relación de diverticulosis y dieta baja en fibra, poco en Asia y África, donde la dieta es alta en fibra. La dieta baja en fibra causa estreñimiento, la constipación hace que los músculos se estiren al evacuar heces y causa enfermedad diverticular en el colon. El diagnóstico es clínico, con énfasis en hábitos intestinales; en > 60 años aumenta la sensibilidad de síntomas en cuadrante inferior izquierdo. **Objetivo:** describir frecuencia y factores de riesgo de enfermedad diverticular en el paciente geriátrico. **Material y método:** Estudio observacio-

nal, descriptivo, retrospectivo. Del 1 de enero al 30 de junio de 2014, previa autorización, se revisaron expedientes > 60 años que acudieron a la consulta de medicina interna, describiendo el tiempo de diagnóstico de enfermedad diverticular, comorbilidad y complicaciones, estadística con t de Student. **Resultados:** 16 pacientes, 9 hombres, edad media 70.9, máx. 86 años, mínima 56 años, IMC promedio 26.56, máximo de 36, mínimo de 20, solo 13 con enfermedad diverticular. 2 usaban silla de ruedas, 4 andador 2 con enfermedad diverticular, 1 presentó sangrado, 2 se complicaron con perforación, 1 falleció por choque séptico por divertículo perforado, 15 presentaron dolor, 6 con diagnóstico de HAS, 1 con epilepsia, 3 con ERGE, 6 con EPOC, 9 con DM2, 4 con EVC. Solo 4 consumían verduras a diario. La enfermedad diverticular complicada con perforación t de - 5.745, p = 0.000, sangrado diverticular t de - 6.708, p = 0.000, para la relación de dolor y enfermedad diverticular p = 1.000, p = 0.333, el uso de silla de ruedas y andador t de - 35.745, p = 0.000 y t de - 4.392, p = 0.001, respectivamente; para las comorbilidades; DM2 t de - 1.732, p = 0.104, HAS t de - 3.416, p = 0.004, EPOC t de - 2.782, p = 0.014, ERGE y EVC t de - 3.478 p = 0.003 t de - 3.576. Para el consumo de verduras diario t de - 4.392,



$p = 0.001$ . **Discusión:** la población consume pocos vegetales, dieta es rica en carbohidratos y almidones, haciéndolos susceptibles a divertículos, la frecuencia de enfermedad diverticular y el bajo consumo de verduras, están relacionados, con un 99% de seguridad, de comorbilidades el uso de silla de ruedas o andador, a mayor IMC aumenta el riesgo para su aparición.

#### **0849 Síndrome de heterotaxia y poliesplenía detectado en el adulto. A propósito del diagnóstico diferencial del abdomen agudo**

García J<sup>1</sup>, Saguchi C<sup>0</sup>, Pachuca D<sup>0</sup>, Morales A<sup>2</sup>, Morales L<sup>2</sup>, Vergara O<sup>2</sup>

<sup>0</sup>Privado, Fundación Clínica Médica Sur, <sup>1</sup>SSA, Instituto Nacional de Cancerología, <sup>2</sup>SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Introducción:** la detección incidental de las anomalías tipo "Situs" en adultos usualmente indican que estos pacientes no tienen afecciones cardíacas congénitas, obstrucción intestinal o deficiencias inmunológicas. El diagnóstico

incidental suele ser por el hallazgo de cuadros abigarrados de apendicitis, colelitiasis, colecistitis, cirrosis o neoplasias. Algunos pacientes presentan mayor susceptibilidad a desarrollar cáncer hepático o linfoma, en ellos el situs puede ser identificado en la estadiificación o vigilancia. **Caso clínico:** hombre de 52 años, acudió a Urgencias por fiebre diaria 38.5°C y dolor en mesogastrio de 8 días de evolución. Antecedentes: HTAS tratado con lisinopril e hipotiroidismo con levotiroxina, no historia de infección reciente. Fue tratado con levofloxacina y amikacina IM sin respuesta; clínicamente dolor en mesogastrio, rebote (+) y dolor lumbar. BH: HB 13.3 g/dL, CGB 18.1/mm<sup>3</sup>, PMN 88%, PLQ 241/m<sup>3</sup>, EGO: prot. +. CrS 1.5 mg/dL (0.6-1.3), PCR 179.5 mg/L (0-7.4) PCT 2.4 (0-0.06). USG abdominal asplenia; hemocultivos (-), urocultivo (-). Por abdomen agudo, marcadores inflamatorios elevados, se hizo TAC abdomen: páncreas corto semianular, malrotación mediointestinal, bazo (poliesplenía) y estómago invertidos, interrupción de v. cava inferior y continuación v. ázigos (situs ambiguus), trombosis

v. mesentérica sup., colección pericecal-apendicular. LAPE: apendicitis perforada; cultivo: E. coli BLEE (+). Evolución tórpidas, reperfusión --> 2da LAPE Ileostomía, absceso residual --> punción-drenaje-catéter; cultivo E. coli BLEE (+) e infección de herida operatoria. Manejo antimicrobiano con meropenem. Los marcadores inflamatorios se normalizaron, así como el **Discusión y Conclusión:** heterotaxia ("hetero" = otro, "taxia" = arreglo) es una condición del desarrollo caracterizado por la colocación al azar de órganos viscerales (corazón, pulmones, hígado, bazo y estómago). Los órganos están orientadas al azar respecto al eje Izq.-Der. La heterotaxia es la posición intermedia de la formación y disposición de los órganos toracoabdominales, entre situs solitus y situs inversus. Por lo general la mezcla de asimetría orgánica de la heterotaxia conduce a complicaciones graves-mortales (cardio-pulmonares). Este caso describe la presentación de un paciente adulto en la sexta década de vida, sin complicación previa, hasta el incidental cuadro de apendicitis.