




# Revista de Gastroenterología Del Perú



## Semana Panamericana de Enfermedades Digestivas

Lima - Perú

 <https://doi.org/10.47892/rgp.2025.45Supl1.2040>

SPED 2025

# Semana Panamericana de Enfermedades Digestivas

Lima - Perú

SPED 2025



**SOCIEDAD DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DEL PERÚ**



**Organización Panamericana  
de Gastroenterología**



# Comite Editorial

Editor Principal | Dr. Hugo Guillermo Cedrón Cheng  
Clínica Anglo Americana



## EDITORES ASOCIADOS

### Augusto Vera Calderón

Clínica Ricardo Palma.

### María Cecilia Cabrera Cabrejos

Hospital Guillermo Almenara. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

### Gerly Edson Guzmán Calderón

Hospital Edgardo Rebagliati. Clínica Anglo Americana. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

### Alejandro Piscocoy Rivera

Universidad Tecnológica del Perú

### Javier Díaz Ferrer

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Clínica Internacional San Borja.

### Harold Benites Goñi

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Sanna El Golf. Universidad San Ignacio de Loyola.

### Andrea Carlin Ronquillo

Hospital Nacional Cayetano Heredia. Clínica Javier Prado. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### Jorge Luis Espinoza Ríos

Clínica San Felipe. Clínica Ricardo Palma. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### Leslie Calixto Aguilar

Clínica Médica Cayetano Heredia.

### Wilmer Gustavo Quiroga Purizaca

Hospital Nacional Guillermo Almenara.

## EDITOR BIOESTADÍSTICO

### César Gutiérrez Villafuerte

Médico Epidemiólogo. Universidad de Piura.

## DISEÑO EDITORIAL

### Mtr. Verónica Calderón Cáceres

## COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

### Alejandro Bussalleu Rivera

Universidad Peruana Cayetano Heredia. Past Presidente de la Sociedad de Gastroenterología del Perú y la Academia Nacional de Medicina.

### Álvaro Celestino Fernández

Fundador de la Revista de Gastroenterología del Perú. Past Presidente de la Sociedad de Gastroenterología del Perú.

### Teresa Castillo Rosales

Gastroenteróloga. Doctora en Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

### Juan Combe Gutierrez

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Clínica San Felipe

### Gloria Vargas Cárdenas

Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.

### Herman Vildózola Gonzáles

Ex decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

### Alberto Zolezzi Francis

Asistente Servicio de Gastroenterología Hospital María Auxiliadora. Past Editor de la Revista de Gastroenterología del Perú.

## COMITÉ CONSULTIVO INTERNACIONAL

### Manuel Barreiro De Acosta

Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Past-President of GETECCU. España.

### Carla M. Díaz

Gastroenteróloga Clínica Santa Paula. Presidenta de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología.

### María Teresa Galiano de Sánchez

Gastroenteróloga. Clínica de Marly. Past Presidenta de la Asociación Colombiana de Gastroenterología.

### Antonio Mendoza Ladd

Profesor Asociado de Medicina. División de Gastroenterología. UC Davis. Director Médico de Endoscopia Gastrointestinal. UC Davis Medical Center.

### Klaus Mönkemüller

Profesor de Medicina Interna - Gastroenterología - Endoscopia Terapéutica e Infectología. Virgina Tech Carilion Hospital, Virgina, USA. University of Belgrado, Serbia. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Director de endocollab.com.

### Cadman Leggett

Profesor Asistente de Medicina. División de Gastroenterología y Hepatología. Clínica Mayo. Rochester. Minnesota.

### Carolina Olano

Universidad de la República de Montevideo - Uruguay. Secretaria General de la World Gastroenterology Organisation.

### William Otero Regino

Profesor Titular de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### Arnoldo Riquelme Pérez

Pontificia Universidad Católica de Chile. Miembro del Comité de Expertos de la OMS en el grupo de Infecciones y Cáncer. Presidente OPGE.

### Martin Tagle Arróspide

Gastroenterólogo - Hepatólogo en Gastro Health - Miami. Estados Unidos.

### Augusto Villaverde

Gastroenterólogo del Hospital Italiano de Buenos Aires. Director del fellowship de Ecoendoscopia y docente del fellowship de ERCP.





# Indice

Abstracts | SPED 2025

Suplemento de la Revista de Gastroenterología por SPED

<b>Carta de bienvenida semana panamericana de enfermedades digestivas SEPD 2025</b> .....	<b>9</b>
<b>Carta al Editor</b> .....	<b>11</b>
<b>Parte 1: Esófago</b> .....	<b>13</b>
Esophageal achalasia and autism in adults: report of two cases.....	14
Hallazgos de pH-Impedanciometría esofágica ambulatoria en pacientes con esofagitis erosiva en un centro hospitalario de referencia antioqueño durante el año 2022 .....	14
Comparación clínica y terapéutica de la esofagitis eosinofílica en población pediátrica y adulta en Colombia: estudio multicéntrico transversal .....	15
Adherencia al protocolo de Seattle y detección de displasia o adenocarcinoma en pacientes con esófago de Barrett: un estudio clínico retrospectivo.....	16
Hallazgos endoscópicos e histológicos de pacientes con disfagia sometidos a biopsia esofágica .....	16
Estado actual del diagnóstico y tratamiento de la esofagitis eosinofílica en Latinoamérica: resultados de una encuesta internacional.....	17
Ablación por radiofrecuencia frente a coagulación con argón plasma en el esófago de Barrett displásico: estudio retrospectivo multicéntrico con análisis de propensión.....	17
Prevalence of Barrett's Esophagus in Latin American Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis .....	18
Tegoprazán vs. pantoprazol en ERGE erosiva: primer ensayo clínico controlado con P-CAB en Latinoamérica .....	19
Beneficios inesperados de los inhibidores de la bomba de protones en pacientes con esofagitis eosinofílica rotulados como no respondedores .....	19
Identificación de la expresión aberrante de p53 por inmunohistoquímica en pacientes con esófago de Barrett: resultados de un centro universitario chileno.....	20
Gaps in Barrett's esophagus surveillance: a Pan-American SIED report on adherence to endoscopic quality indicators .....	21
Pan-American variability in Barrett's esophagus management: a SIED report on screening, diagnosis, and treatment practices .....	22
Utilidad de la manometría esofágica de alta resolución en la evaluación preoperatoria de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico .....	24
Desarrollo y validación de un modelo predictivo por inteligencia artificial mediante imágenes de endoscopia, para diagnóstico y disminución de la variabilidad interobservador en esofagitis erosiva grado A y B de la clasificación de Los Ángeles .....	25
Primera experiencia nacional de un centro universitario con estudio de pH-metría inalámbrica prolongada para pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico .....	25
<b>Parte 2: <i>Helicobacter pylori</i></b> .....	<b>26</b>
Eficacia y tolerabilidad entre la terapia dual con esomeprazol versus dexlansoprazol para la erradicación de <i>H. pylori</i> : un estudio aleatorizado y abierto en ausencia de P-CABs .....	27
Frecuencia de mutaciones asociadas a resistencia a claritromicina en pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i> en dos países del Cono Sur. Avance y proyecto HP-RESLA .....	27



Farmacorresistencia del <i>Helicobacter pylori</i> basada en pruebas moleculares por secuenciación de nueva generación en el Perú ..	28
Comparación de eficacia y seguridad de terapia dual con amoxicilina y fexuprazán versus amoxicilina con esomeprazol: resultados preliminares.....	28
Comparación de la efectividad de los esquemas de tratamiento en pacientes con infección por <i>Helicobacter pylori</i> del Hospital General HOSNAG durante el período de enero de 2021 a enero de 2022 .....	29
Caracterización genómica de <i>Helicobacter pylori</i> en pacientes colombianos: evolución, resistencia antimicrobiana y factores de virulencia ...	30
Validación de la prueba de antígenos fecales para el diagnóstico de <i>Helicobacter pylori</i> en pacientes peruanos de una clínica privada de Lima, Perú .....	30
Desempeño de la clasificación de Kyoto y Kyoto modificado para el diagnóstico endoscópico de la infección por <i>Helicobacter pylori</i> ..	31
Terapia cuádruple optimizada con bismuto y fexuprazán en esquema de erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> : datos chilenos en el registro latinoamericano de <i>H. pylori</i> (Hp-Latam Reg).....	32
Evaluación de resultados de test de aliento para detección de <i>Helicobacter pylori</i> en centro ambulatorio de provincia del norte Chile .....	33
Uso de amoxicilina en el tratamiento de infección por <i>Helicobacter pylori</i> ( <i>hp</i> ) en el Perú .....	33
Prevalencia de lesiones preneoplásicas gástricas en pacientes con infección por <i>Helicobacter pylori</i> : estudio retrospectivo en Ecuador .....	34
El papel de <i>Helicobacter pylori</i> en el riesgo de cáncer gástrico en Colombia: ¿Mutualista, simbiote, comensal o patógeno? .....	35
Frecuencia de uso reciente de antibióticos en pacientes con diagnóstico de <i>Helicobacter pylori</i> que van a iniciar un tratamiento de erradicación en un hospital del Cono Sur de Lima, Perú .....	36
Farmacorresistencia de <i>Helicobacter pylori</i> en Colombia .....	36
Microevolución de los genes <i>vacA</i> y <i>alpA</i> de <i>Helicobacter pylori</i> en regiones colombianas con distinto riesgo de cáncer gástrico ..	37
<b>Parte 3: Gastroenterología General .....</b>	<b>38</b>
Características clínicas y endoscópicas de pacientes con sarcoma de Kaposi gastrointestinal atendidos en un hospital de tercer nivel del Perú durante el 2020 al 2025.....	39
BRCA2, ATM, RUNX1, and POT1 genes germinal pathogenic variants in Chilean hereditary gastric cancer families .....	40
Uso de la gastrostomía en pacientes con disfagia post-accidente cerebrovascular: estudio retrospectivo.....	40
Análisis de interconsultas al servicio de gastroenterología en un hospital público: evaluación de pertinencia y oportunidad diagnóstica .....	41
Inequidad social: mayor diagnóstico de cáncer colorrectal en pacientes afiliados al sistema de salud público. Experiencia en un centro terciario de Latinoamérica .....	41
Mortalidad por cáncer gástrico en Perú: desafíos pendientes luego de la pandemia por COVID-19.....	42
Primeras evidencias morfológicas de enteritis en cubanos fallecidos con COVID-19 .....	43
Ácidos biliares e íleon terminal: emergencia clínica .....	43
Colitis eosinofílica: una serie de casos y revisión de la literatura.....	44
Etiological profile of organic lesions associated with esophageal food impactions: a study of 50 cases .....	44
What about the impact of benign proctological diseases on patients' quality of life? .....	45
Are mucosal changes in microscopic colitis restricted to large intestine? Study of duodenal mucosal changes in microscopic colitis .....	45
Sedation-Associated Oxygen Support in Upper Endoscopy: Efficacy and Risk Comparison of Face Mask and Cannula in the RESPIRAR Trial – A Randomized Study.....	46



Validación de una calculadora de riesgo de condiciones premalignas y cáncer gástrico: análisis preliminar de datos de la fase 2 del Proyecto H.O.P.E. en la comuna de Molina, Chile .....	47
Gastrostomía endoscópica percutánea en Chile: trece años de experiencia clínica en un centro de alta complejidad .....	48
Factores de riesgo y estratificación de gastritis atrófica en pacientes con dispepsia en una población colombiana .....	49
Evolución de lesiones gástricas precancerosas y malignas a lo largo de una década en una clínica de Lima, Perú .....	49
Análisis retrospectivo del cribado endoscópico de cáncer gástrico y seguimiento de lesiones preneoplásicas en pacientes mayores de 65 años en un hospital público de Chile .....	50
Propuesta de endoscopia de alta calidad para detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer gástrico en Colombia .....	51
Uso de fexuprazan en el tratamiento de la dispepsia funcional subtipo dolor epigástrico: estudio piloto .....	52
Colonoscopy quality in a high-complexity hospital in Colombia: assessment of bowel preparation and polyp detection .....	52
Incontinencia fecal: perfil clínico-manométrico y respuesta a la terapia de biofeedback en un hospital de referencia en Lima, Perú53	
Tasa de detección de adenomas en un centro de alto volumen en Chile .....	54
Frecuencia de trastornos anorrectales en pacientes con estreñimiento crónico, según la clasificación de Londres, en centros de atención privados de Lima, Perú .....	54
Panorama clínico y microbiológico de la diarrea aguda en adultos hospitalizados en un centro terciario dominicano durante un año de vigilancia.....	56
Utilización de la escala ABC como predictor de morbimortalidad en sangrado digestivo alto en un centro de República Dominicana .....	57
Tasa de detección de pólipos en gastroenterólogos en entrenamiento: resultados de un programa de gastroenterología en Colombia.....	58
Análisis de colonoscopías y sus hallazgos realizadas en adultos mayores: experiencia de un hospital público .....	59
Microbiota gástrica de pacientes con lesiones preneoplásicas en zonas de alto riesgo de cáncer gástrico en Colombia.....	59
Caracterización genómica del cáncer de vesícula biliar en pacientes chilenos mediante secuenciación de nueva generación: hallazgos y oportunidades terapéuticas .....	60
<b>Parte 4: Endoscopia Terapéutica .....</b>	<b>61</b>
Comparación del rendimiento diagnóstico de la biopsia con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico con y sin evaluación rápida in situ en tumores sólidos pancreáticos .....	62
Eficacia y seguridad en el retiro del balón intragástrico con sedación: análisis de una serie de 456 procedimientos .....	62
Incidencia de pancreatitis post-CPRE tras uso de lactato Ringer y diclofenaco intramuscular como medidas profilácticas, versus el uso de diclofenaco rectal.....	63
Linked color imaging versus artificial intelligence-assisted linked color imaging for neoplasia detection in the colorectum: a randomized trial .....	64
Comparación de la eficacia y seguridad de la mucosectomía endoscópica convencional versus la mucosectomía endoscópica bajo agua para lesiones colorrectales de extensión lateral $\geq 20$ mm: un análisis prospectivo .....	64
Factores asociados a complicaciones relacionados a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en un hospital de referencia en Lima - Perú .....	66
Colangioscopia digital en patología biliar compleja: experiencia clínica y resultados por localización anatómica en un centro de referencia.....	67
Papilectomía endoscópica: dos décadas de experiencia multicéntrica y evolución de la técnica con seguimiento a largo plazo .....	67
Sobrevida de pacientes con neoplasia gástrica temprana resecada endoscópicamente: experiencia en un hospital periférico de Latinoamérica .....	68



Safety and efficacy of the novel speedboat ultraslim bipolar with microwave energy flexible catheter for per oral endoscopic myotomy in patients with achalasia: a single-center case series .....	69
Endoscopic Dilatation of Benign Esophageal Strictures: An Effective Alternative to Surgery.....	70
Endoscopic Treatment of Benign Colon and Anorectal Stenoses: Experience From a University Hospital Center .....	70
Descripción de las complicaciones post-CPRE en un centro de referencia para el manejo de patología hepatobiliar .....	71
Caracterización clínica y microbiológica y factores de riesgo asociados a mortalidad en adultos con colangitis aguda: un estudio retrospectivo en Colombia .....	71
Ultrasonido endoscópico en pacientes pediátricos .....	72
El rol de los criterios de Tokio 2018 para diferenciar pacientes con pancreatitis aguda biliar y colangitis aguda.....	74
Relación neutrófilo-linfocito y desenlaces clínicos en colangitis aguda: un estudio retrospectivo en Colombia .....	74
Rendimiento diagnóstico de la punción guiada por ecoendoscopia: experiencia clínica en nuestro servicio .....	75
Impacto de la ablación por radiofrecuencia complementaria al tratamiento con quimioterapia en la supervivencia de pacientes con colangiocarcinoma extrahepático .....	76
Ecoendoscopia con PAAF en tumores sólidos de páncreas: estudio transversal en un hospital de alta especialidad.....	76
Utilidad de la ecoendoscopia en sala como predictor diagnóstico para optimizar la indicación de CPRE .....	77
Seguridad y eficacia de la resección mucosa endoscópica bajo el agua de pólipos colorrectales no pediculados mayores a 10 mm .....	78
Comparison Between Early and Late Biliary Drainage in Cholangitis in Terms of Increased Mortality and Days of Hospitalization...	79
Supervivencia en cáncer de páncreas diagnosticado por endosonografía: diferencias según cobertura de salud y acceso a terapia .....	79
Endosonografía para el cáncer de páncreas en un hospital universitario: rendimiento diagnóstico .....	80
Canulación biliar difícil y otros factores relacionados con la pancreatitis post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ...	81
Ampulectomía endoscópica: experiencia de un centro de referencia en Colombia .....	82
Seguridad del retiro de balón gástrico Spatz 3 mediante endoscopia en gestantes: dos casos.....	83
A comparative analysis of quality of tissue samples and safety outcomes of Franseen tip needle and three-prong tip needle for EUS-guided liver biopsy: a multicenter Latin American study.....	84
Utilidad diagnóstica de los criterios ASGE para coledocolitiasis en pancreatitis aguda: análisis retrospectivo de la base COLPA ....	85
Complicaciones inmediatas tras CPRE con colocación de prótesis biodegradables en pacientes con trasplante hepático .....	86
Key predictors of clinical outcomes following intraductal radiofrequency ablation in cholangiocarcinoma .....	87
Eficacia y seguridad del manejo endoscópico con stents metálicos autoexpandibles biliares en la hemorragia post-esfinterotomía durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.....	88
Diagnostic accuracy of real-time artificial intelligence-assisted biopsy during digital single operator cholangioscopy: a single center randomized controlled trial .....	89
Utilidad diagnóstica de la razón neutrófilos-linfocitos como marcador temprano de pancreatitis aguda grave en el servicio de urgencias ..	90
Evaluation of a novel motorized EUS-guided fine-needle biopsy device and pathology quality parameters comparison to standard fine-needle biopsy: a prospective pilot study.....	91
Objective fine vessel assessment using a novel endoscopic ultrasound detective flow imaging-based computer vision software to differentiate between normal and abnormal (acute, chronic, and pancreatic steatosis) pancreas: a pilot study .....	91
Coledocolitiasis durante el embarazo: tratamiento médico y por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con y sin radiación.....	92



A novel quantitative software for objective evaluation of fine vessels in normal, steatotic, and cirrhotic liver through endoscopic ultrasound detective flow imaging: a prospective pilot study .....	92
Sedación a demanda: una alternativa válida para colonoscopías en pacientes ambulatorios .....	93
Lesiones de Dieulafoy: análisis clínico-endoscópico y resultados terapéuticos en serie de casos - Hospital de Clínicas - Paraguay	93

## **Parte 5: Hepatología..... 95**

Factores predictores de recurrencia de peritonitis bacteriana espontanea en pacientes con cirrosis: un análisis retrospectivo .....	96
Predictores críticos del desarrollo de síndrome hepatorenal en pacientes con cirrosis hospitalizados: una evaluación integral .....	96
Alta prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática en adultos hondureños evaluada mediante elastografía transitoria: estudio transversal.....	97
Distribución geográfica y características demográficas de la colangitis biliar primaria y hepatitis autoinmune en Colombia: un análisis poblacional .....	98
An accelerated hepatitis B vaccination schedule achieves substantial protective immunity in high-risk Haitian migrants.....	99
Comparación entre quimioembolización y embolización transarterial en el tratamiento del hepatocarcinoma celular: análisis de respuesta tumoral, sobrevida y complicaciones .....	100
Prevalencia de virus de hepatitis B y C mediante tamizaje con test rápido en una cohorte chilena.....	101
Perfil epidemiológico de las hepatopatías autoinmunes en una cohorte hospitalaria.....	102
Impacto del trasplante en falla hepática aguda: análisis de cohorte latinoamericana .....	103
Lesiones hepáticas inducidas por suplementos dietéticos: una revisión integrativa de la literatura .....	104
High HBV exposure and HIV prevalence but no evidence of HDV among Haitian migrants in Chile: a cross-sectional study with implications for public health interventions.....	104
Effects of SGLT2 inhibitors on hepatic events in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis of propensity score-matched studies.....	105

## **Parte 6: Enfermedad Inflamatoria Intestinal ..... 107**

Relación entre dosis por kilo de tiopurinas, 6-tioguanina nucleótido y valores hematológicos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.....	108
Evolución de la epidemiología y el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de 2001 a 2025 en un centro de referencia en Colombia .....	109
Smoking is a major risk factor for inflammatory bowel disease onset in latin america. preliminary results from a prospective inception chilean cohort .....	110
Características epidemiológicas, clínicas y tratamiento en un centro de excelencia de enfermedad inflamatoria intestinal, en Medellín, Colombia .....	110
Determinación de niveles plasmáticos de golimumab en pacientes con colitis ulcerosa y su relación con la actividad de la enfermedad .....	112
Descripción epidemiológica de tuberculosis latente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital público de Santiago de Chile, entre los años 2021-2025 .....	112
Alteracion del perfil hepatico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal .....	113
Presencia de síndrome de intestino irritable en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión: resultados de un estudio multicéntrico en Perú .....	114
Enfermedad inflamatoria intestinal en el peru. estudio epidemiologico multicentrico .....	116





Real-World Outcomes of Upadacitinib for Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis: A Colombian Cohort (UPARECOL-UC Induction) .....	117
Prevalence of infections and vaccination compliance in Colombian patients with inflammatory bowel disease and extraintestinal manifestations: an observational study (PIVE study).....	118
Efectos del tratamiento biológico en la microarquitectura ósea de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal seguidos durante 7 años .....	119
Estado de la microarquitectura ósea en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de larga evolución: seguimiento a 7 años ....	120
Factores asociados a la adherencia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia nacional...	121
Efectos adversos de tiopurinas en enfermedad inflamatoria intestinal: perspectivas de una cohorte chilena .....	122
Factores asociados a manifestaciones extraintestinales en enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital peruano .....	123
Retraso diagnóstico y riesgo de resección intestinal en enfermedad de Crohn en una cohorte peruana .....	123
Indicaciones quirúrgicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: relación con la terapia farmacológica en una cohorte institucional de la República Dominicana .....	124
Enfermedad inflamatoria intestinal en geriatría: ¿una nueva cara de una vieja enfermedad? .....	125
Neoplasias en el contexto de enfermedad inflamatoria intestinal: caracterización clínica y epidemiológica en un hospital de referencia de Lima-Perú .....	125
Factores asociados a la obtención de disease clearance en pacientes con colitis ulcerativa: análisis de una cohorte peruana.....	126
Perfil clínico-epidemiológico en hospitalizados con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de referencia y análisis descriptivos de reingresos .....	128
Adherencia terapéutica y actividad clínica en pacientes con colitis ulcerosa en una cohorte peruana .....	129
Diagnostico endoscopico diferencial de la enfermedad inflamatoria intestinal. experiencia en dos centros de referencia en Perú...	130
Perfil epidemiológico de la enfermedad inflamatoria intestinal en un centro especializado dominicano: análisis de una cohorte institucional .....	131
<b>Parte 7: Intestino Delgado .....</b>	<b>132</b>
¿Estamos sobrediagnosticando sobrecrecimiento intestinal de metano (IMO) en nuestros pacientes? .....	133
Cumplimiento de los indicadores de calidad en cápsula endoscópica en américa latina: reporte preliminar .....	133
¿Que rol juega el sobrecrecimiento bacteriano intestinal en la presencia de malabsorción de lactosa? .....	134
Efficacy of pharmacological treatment for the management of bleeding related to gastrointestinal angiodysplasias: a systematic review and meta-analysis .....	134
Análisis preliminar de concordancia entre cápsula endoscópica y enteroscopia de doble balón en hemorragia digestiva de intestino medio en un hospital de referencia, Lima 2023-2025 .....	135
Cápsula endoscópica en pacientes con enfermedad de crohn y hemorragia digestiva de intestino medio en un hospital de referencia en Lima, 2024-2025 .....	136
Perfil de los gastroenterólogos que realizan estudios por cápsula endoscópica en América Latina - reporte preliminar .....	136
Rendimiento de la videocápsula endoscópica como método diagnóstico en sospecha de hemorragia de intestino delgado en un hospital nacional del Perú .....	137

# CARTA DE BIENVENIDA SEMANA PANAMERICANA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS SPED 2025

## LIMA - PERU 2025

Fue en el 2001 cuando el Perú tuvo el honor de organizar el entonces Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas en el Hotel Los Delfines de la ciudad de Lima. Este importante evento fue posible gracias al gran esfuerzo liderado por el Dr. Carlos Zapata y el activo respaldo de la entonces Asociación Interamericana de Enfermedades Digestivas (AIGE, hoy OPGE – Organización Panamericana de Gastroenterología), la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (SIED) y la Sociedad de Gastroenterología del Perú (SGP).

Este año, con entusiasmo renovado, organizamos nuevamente este evento en un formato actualizado: la Semana Panamericana de Enfermedades Digestivas (SPED 2025), liderada por OPGE y SIED, con la Sociedad de Gastroenterología del Perú como entidad anfitriona.

Los años han pasado y nuestros profesores de antaño nos han entregado la posta para seguir desarrollando nuestra especialidad, tanto en el país como en la región, ahora nos toca recibir a los alumnos del pre y postgrado, participar en actividades científicas a lo largo y ancho del continente y representar a nuestro país en otras organizaciones internacionales.

Este legado es motivo de profundo agradecimiento y mantener el compromiso de no solo continuar por la senda trazada, sino también asegurar el crecimiento sostenido hacia el futuro, formando nuevos valores que continúen nuestra labor y la de quienes nos precedieron. Son esos "hombros de gigantes" los que sentaron las bases sobre las cuales iniciamos empezó nuestro derrotero y construcción de un siguiente piso del edificio del conocimiento del que formamos parte.

Este año, en compañía del Dr. Augusto Vera, presidente de la SIED, y con el invaluable apoyo de la Dra. Cecilia Cabrera, presidenta de la SGP, hemos organizado un amplio programa científico donde todas las actividades se organizan con la SPED 2025 como hilo conductor.

Nos acompañan también los organizadores de la SPED 2023, los Dres. Arnoldo Riquelme, Fernando Fluxá y Claudia Defilippi de Chile, así como quienes tomarán la posta en la organización de la SPED 2027, los Dres. Daniel Cantero, Carmelo Blasco y Carolina Miranda de Paraguay. De esta manera, reafirmamos la continuidad del trabajo conjunto entre nuestras instituciones y fortalecemos el espíritu de integración regional.

De manera inicial y continuando la labor que iniciáramos en la SPED 2025, recibimos el apoyo de la Organización Mundial de Endoscopia (WEO) para organizar el "Program for Endoscopic Teachers" (PET) que se realizará el día previo al evento principal, siendo uno de los programas icónicos de la WEO, en paralelo también se lleva a cabo el Curso de Postgrado que cuenta con importantes profesores del continente y dentro del cual se encuentra el HQ (High Quality Endoscopy Course) de WEO.

Del 28 al 31 de agosto contaremos con la participación de múltiples sociedades científicas internacionales. La Organización Mundial de Gastroenterología (WGO) nos honra con la presencia de su presidenta electa, la Dra. Carolina Olano, y con la colaboración de profesores que participarán en un segmento específico del programa académico.

Asimismo, nos acompañarán el presidente electo de la Organización Mundial de Endoscopia (WEO), Dr. Asadur Tchekmedyan; el presidente de la United European Gastroenterology (UEG), Dr. Matthias Löhr; la presidenta de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), Dra. María Pellisé; el presidente electo de la American Gastroenterology Association (AGA), Dr. Byron Cryer; el past presidente del American College of Gastroenterology (ACG), Dr. Jonathan Leighton; y el past presidente de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), Dr. Ian Gralnek.

A ellos se suman representantes de destacadas instituciones como el Grupo Español de Trabajo en Crohn y Colitis Ulcerativa (GETECCU), la European Crohn's and Colitis Organization (ECCO), la Fundación Roma, la Clínica Mayo, entre muchas otras, cuya participación fortalece la calidad científica y el prestigio de nuestro evento.

Como en toda actividad científica, se presentarán numerosos trabajos de investigación en formato de resúmenes, los cuales serán publicados en un número especial de la Revista de Gastroenterología del Perú, órgano oficial de la OPGE y la SIED, especialmente preparado para esta ocasión y que acompaña estas palabras.

**Alejandro Piscoya Rivera**

Presidente de la Organización Panamericana de Gastroenterología (OPGE)

**Augusto Vera Calderón**

Presidente de la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (SIED)

# WELCOME TO THE PAN AMERICAN WEEK OF DIGESTIVE DISEASES – SPED 2025

## LIMA - PERU 2025

In 2001, Perú had the honor of hosting the Pan American Congress of Digestive Diseases at the Hotel Los Delfines in Lima. This major event was made possible thanks to the leadership of Dr. Carlos Zapata and the active support of the then Inter-American Association of Digestive Diseases (AIGE, now OPGE – Pan American Organization of Gastroenterology), the Inter-American Society for Digestive Endoscopy (SIED), and the Peruvian Society of Gastroenterology (SGP).

This year, with renewed enthusiasm, we are once again organizing this event in a new and updated format: the Pan American Week of Digestive Diseases (SPED 2025), led by OPGE and SIED, with the Peruvian Society of Gastroenterology as the host organization.

The years have passed, and our mentors from earlier generations have passed the torch to us to continue advancing our specialty in the country and the region. It is now our turn to welcome undergraduate and postgraduate students, take part in scientific activities across the continent, and represent our country in other international organizations.

This legacy is a source of deep gratitude and a commitment we proudly embrace—not only to follow the path that has been laid before us but also to ensure sustained growth into the future, by training new generations who will carry forward our work and that of those who came before us. It is on the “shoulders of giants” that the foundation was laid, enabling the beginning of our journey and the building of a new level in the structure of knowledge to which we all contribute.

This year, together with Dr. Augusto Vera, president of SIED, and with the invaluable support of Dr. Cecilia Cabrera, president of the SGP, we have developed a broad scientific program in which all activities revolve around SPED 2025 as the central theme.

We are also joined by the organizers of SPED 2023—Drs. Arnoldo Riquelme, Fernando Fluxá, and Claudia Defilippi from Chile—as well as those who will take over the organization of SPED 2027—Drs. Daniel Cantero, Carmelo Blasco, and Carolina Miranda from Paraguay. In this way, we reaffirm the continuity of collaborative work among our institutions and strengthen the spirit of regional integration.

As part of the preliminary activities and in continuation of the work begun at SPED 2025, we are honored to receive support from the World Endoscopy Organization (WEO) for the organization of the *Program for Endoscopic Teachers (PET)*, to be held the day before the main event. This program, one of the most iconic of the WEO, will be held in parallel with the Postgraduate Course, which will feature leading professors from across the continent and include the prestigious High Quality Endoscopy (HQ) course from WEO.

From August 28 to 31, we will host the participation of numerous international scientific societies. The World Gastroenterology Organization (WGO) honors us with the presence of its president-elect, Dr. Carolina Olano, and the participation of distinguished faculty in a dedicated segment of the academic program.

We will also be joined by the president-elect of the World Endoscopy Organization (WEO), Dr. Asadur Tchekmedyan; the president of the United European Gastroenterology (UEG), Dr. Matthias Löhr; the president of the Spanish Association of Gastroenterology (AEG), Dr. María Pellisé; the president-elect of the American Gastroenterology Association (AGA), Dr. Byron Cryer; the past president of the American College of Gastroenterology (ACG), Dr. Jonathan Leighton; and the past president of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), Dr. Ian Gralnek.

In addition, we will welcome representatives from leading institutions such as the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU), the European Crohn's and Colitis Organization (ECCO), the Rome Foundation, the Mayo Clinic, among many others, whose presence enhances the scientific quality and prestige of our event.

As with every academic gathering, a significant number of research abstracts will be presented. These will be published in a special issue of the **Revista de Gastroenterología del Perú**, the official journal of both OPGE and SIED, prepared specifically for this occasion and distributed together with this message.

We warmly welcome you to SPED 2025. We hope this event enriches your knowledge, inspires new research and publication ideas, fosters collaborations within and beyond the continent, and takes place in an environment of collegiality, enjoyment, and well-being—for your benefit and that of the institutions you represent.

**Alejandro Piscocoya Rivera**

Presidente de la Organización Panamericana de Gastroenterología (OPGE)

**Augusto Vera Calderón**

Presidente de la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (SIED)



# Resúmenes de La Semana Panamericana de las Enfermedades Digestivas en Lima 2025

## Abstracts from The Pan-American Week of Digestive Diseases in Lima 2025

Hugo Guillermo Cedrón Cheng<sup>1,a</sup> 

<sup>1</sup>Clínica Anglo Americana

Recibido: 25/07/2025  
Aprobado: 02/08/2025

La Revista de Gastroenterología del Perú, órgano oficial de la Organización Panamericana de Gastroenterología (OPGE) y la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (SIED), tiene el honor de presentar el número especial dedicado a los Resúmenes de la Semana Panamericana de las Enfermedades Digestivas.

En este número especial, hemos incorporado una modificación fundamental en relación con nuestro número dedicado a la SPED Chile, publicado en 2023: la clasificación de los resúmenes según la temática principal de cada investigación. Esta reorganización tiene como objetivo facilitar la consulta del contenido y permitir una localización más rápida y ordenada de los trabajos presentados. Además, esta estructura se encuentra alineada con la distribución temática de las exposiciones de trabajos libres que se llevarán a cabo durante el congreso.

Los resúmenes presentados en congresos científicos constituyen una valiosa oportunidad para compartir resultados preliminares de estudios en desarrollo o comunicar observaciones iniciales sobre determinadas patologías. Su presencia y difusión fomentan el intercambio académico y pueden despertar el interés de otros círculos de investigación, visibilizando el trabajo científico y colaborativo, algo que en América Latina aún se encuentra en proceso de consolidación.

Sin embargo, a pesar del elevado número de resúmenes aceptados y presentados en congresos a nivel mundial, la proporción de aquellos que culminan en una publicación científica completa es baja. Esta brecha entre la presentación de resúmenes y la publicación de artículos completos se atribuye a múltiples factores. En muchos casos, los resultados son preliminares o no concluyentes y requieren mayor seguimiento para adquirir el valor necesario como publicación final. En nuestra región existe una marcada limitación de tiempo para la investigación, secundaria a la intensa actividad asistencial, así como escasos recursos institucionales para apoyar al equipo investigador. Otros factores relevantes son la inexperiencia en redacción científica, las limitaciones metodológicas detectadas al profundizar el análisis, y la falta de incentivos académicos claros. Asimismo, el rechazo de manuscritos por parte de las revistas científicas, más frecuente en el caso de artículos completos, puede resultar desmotivador para muchos autores.

En esta edición se incluyen varios resúmenes con alto valor potencial, muchos de ellos derivados de estudios multicéntricos. Alentamos a sus autores a continuar con el proceso de investigación y avanzar hacia la publicación completa de sus trabajos como artículos originales, dada la relevancia científica que ya demuestran desde su presentación.

Si bien algunos resúmenes fueron rechazados y no forman parte de este número, varios de ellos mostraban potencial; sin embargo, no cumplieron con los requisitos establecidos en las instrucciones para los autores al momento de su envío. Esta situación, frecuente en la preparación de resúmenes científicos, subraya la importancia de revisar cuidadosamente las normas editoriales antes de enviar un trabajo.

Les damos la más cordial bienvenida a Lima este agosto de 2025, para disfrutar de un congreso científico de alto nivel, que contará con la participación de más de 150 profesores extranjeros, ocho salas con presentaciones y discusiones simultáneas, así como espacios especialmente dedicados a la presentación de trabajos libres y concursos de videos científicos. Estamos seguros de que será una experiencia enriquecedora para todos los asistentes, y una valiosa oportunidad para el intercambio académico y la colaboración regional.



# Abstracts from the Pan-American Week of Digestive Diseases in Lima 2025

## Abstracts from The Pan-American Week of Digestive Diseases in Lima 2025

Hugo Guillermo Cedrón Cheng<sup>1,a</sup> 

<sup>1</sup>Clínica Anglo Americana

Received: 25/07/2025

Approved: 02/08/2025

The Revista de Gastroenterología del Perú, the official journal of the Pan American Organization of Gastroenterology (OPGE) and the Inter-American Society for Digestive Endoscopy (SIED), is honored to present this special issue dedicated to the Abstracts of the Pan-American Week of Digestive Diseases.

In this edition, we have implemented a significant change compared to our previous issue dedicated to SPED Chile in 2023: the classification of abstracts according to the primary theme of each study. This restructuring aims to facilitate the consultation and faster, more organized location of the submitted works. Furthermore, this structure aligns with the thematic distribution of the free paper sessions that will take place during the congress.

Abstracts presented at scientific conferences offer a valuable opportunity to share preliminary results from ongoing studies or report initial observations on specific diseases. Their presence and dissemination promote academic exchange and may spark the interest of other research groups, thereby giving visibility to scientific and collaborative work—an endeavor still in the process of consolidation throughout Latin America.

However, despite the large number of abstracts accepted and presented at conferences worldwide, the proportion of those that ultimately result in full scientific publications remains low. This gap between abstract presentation and full-article publication is due to several factors. In many cases, the results are preliminary or inconclusive and require further follow-up to reach the standards of a full scientific report. In our region, time for research is often limited due to demanding clinical duties, and there are few institutional resources available to support research teams. Additional barriers include a lack of experience in scientific writing, methodological limitations revealed during deeper analysis, and the absence of clear academic incentives. Moreover, the rejection of manuscripts by scientific journals—more frequent for full articles than abstracts—can be discouraging for many authors.

This issue includes several abstracts with high scientific potential, many of them derived from multicenter studies. We strongly encourage the authors to continue their research process and move forward with the full publication of their work as original articles, given the scientific merit already evident in their presentations.

While some abstracts were rejected and are not included in this issue, several showed potential but failed to meet the submission requirements outlined in the author guidelines. This common situation in the preparation of scientific abstracts underscores the importance of carefully reviewing editorial instructions prior to submission.

We extend a warm welcome to all participants arriving in Lima this August 2025, to enjoy a high-level scientific congress featuring over 150 international faculty, eight rooms with simultaneous presentations and discussions, and dedicated spaces for free paper sessions and scientific video competitions. We are confident this will be a rewarding experience for all attendees and a valuable opportunity for academic exchange and regional collaboration.



# Abstracts

Parte 1: Esófago



## Esophageal achalasia and autism in adults: report of two cases

Juan Pablo García-Marmolejo<sup>1</sup>, Jesús Villamizar<sup>1,2</sup>, Raúl Antonio Cañadas<sup>1,2,3</sup>, Albis Hanj<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Department of Internal Medicine, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Gastroenterology Unit, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Internal Medicine, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

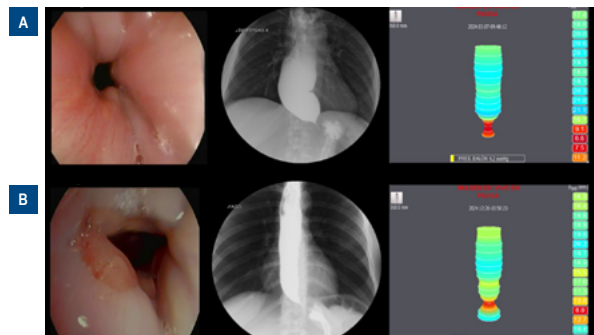
### Introduction

There are chronic gastrointestinal symptoms reported in patients with autism, dysphagia being one of them. People with autism are more prone to develop medical comorbidities than the general population, being particularly frequent digestive disorders, which are presumably underdiagnosed. The association between autism and esophageal achalasia has not yet been widely described in the literature.

**Objective:** To present the association between autism and esophageal achalasia in two case reports

**Methods:** We present two cases of patients with autism spectrum disorder in whom achalasia was diagnosed. Both cases presented with chronic dysphagia, multiple studies were performed suggesting achalasia, however the definitive diagnosis was made with endoflip due to the difficulty of performing esophageal manometry because of the cognitive status and the inability to follow simple commands.

**Conclusions:** There are so far few case reports on the association of autism spectrum disorder and esophageal achalasia in adults. Given the low prevalence of the two diseases, their association is unlikely to be random. So far there is no evidence to prove this association, and other studies are required to corroborate this link, even so, it is advisable to consider the diagnosis, to deepen the anamnesis and physical examination and to consider diagnostic aids in a timely manner.



**Figura 1. A)** Patient 1. The EVDA reported erosive pan gastritis, the esophagogram showed esophageal dilatation, with delayed passage of contrast medium into the stomach and a pointed end at the gastroesophageal junction and the endoflip was performed with reduced opening of the gastroesophageal junction with absent contractile response. **B)** Patient 2. The EVDA reported erosive pan gastritis without additional structural lesions, the esophagogram evidence esophageal dilatation and filiform passage of contrast medium and the endoflip was performed with evidence of a sustained high-pressure zone in the upper third of the esophagus and without observing contractility with 40 ml and 50 ml of balloon filling.



## Hallazgos de pH-Impedanciometría esofágica ambulatoria en pacientes con esofagitis erosiva en un centro hospitalario de referencia antioqueño durante el año 2022

Erik Ricardo Licon Vera<sup>1</sup>, Sebastián Fernando Niño Ramírez<sup>1</sup>, Juan Sebastián Peinado Acevedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Gastroenterología, Universidad CES, Medellín, Colombia.

### Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) para su diagnóstico requiere evidencia de tiempo de exposición al ácido >6% por pH-metría y/o esofagitis erosiva (EE) (Grado B, C y D de la Clasificación de Los Ángeles, CLA), esófago de Barrett o estenosis péptica. Recientemente, el consenso de Lyon 2.0 incluyó la EE grado B de CLA definitiva de ERGE. En Colombia, desconocemos el comportamiento los criterios de Lyon 2.0, si definitivamente la EE grado B concluye ERGE y el comportamiento por pH-MII de los grados de EE.

**Objetivo:** Describir los hallazgos de pH-MII esofágica en pacientes con EE sin exposición a previa a IBP.

**Metodología:** Se realizó un estudio observacional-descriptivo. Se incluyeron pacientes con EE que tenían pH-MII esofágica ambulatoria.

**Resultados:** Se reclutaron 55 pacientes. La distribución según los grados de EE de la CLA fue 27 en A, 23 en B y 5 en C-D. La mediana de edad fue 56 años, el 65.5% eran mujeres, la mayoría tenían sobrepeso con mediana de 25.8 kg/m<sup>2</sup> El 94.6% manifestaron pirosis y/o regurgitación. La pH-MII mostró TEA >6% en el 51.9%, 60.9% y 80% para los grados A, B y C-D de la CLA, respectivamente. En pacientes con

TEA 4-6%, usando otras métricas adicionales de la pHMII se obtuvo un 9.1% adicional de ERGE confirmado. Los pacientes mas longevos y que manifestaban pirosis presentan en >92% TEA >6% y EE C y D de la CLA.

**Conclusiones:** Es posible que la mayoría de los pacientes con EE grado B tengan ERGE definitiva por pH-MII y al adicionar otras variables de la pH-MII diferentes al TEA se aumente la probabilidad diagnóstica en EE de bajo grado o con TEA "borderline" como lo recomienda Lyon 2.0.

#### Palabras clave:

Enfermedad por reflujo gastroesofágico, tiempo de exposición al ácido, esofagitis erosiva, monitoreo ambulatorio del reflujo.



## Comparación clínica y terapéutica de la esofagitis eosinofílica en población pediátrica y adulta en Colombia: estudio multicéntrico transversal

Fabian Juliao Banos<sup>1</sup>, Michelle Higuera Carrillo<sup>2</sup>, Adán Lúquez Mindiola<sup>3</sup>, Wilson Daza<sup>4</sup>, Alvaro Gómez Vanegas<sup>5</sup>, Natali González Rozó<sup>6</sup>, Viviana Parra Izquierdo<sup>7</sup>, Ailim Margarita Carias Domínguez<sup>8</sup>, William Otero Regino<sup>9</sup>, José Fernando Vera Chamorro<sup>8</sup>, Hernando Marulanda Fernández<sup>9</sup>, Juan Pablo Riveros López<sup>10</sup>, Jhon Carvajal Gutiérrez<sup>5</sup>, Catalina Ortiz Piedrahita<sup>5</sup>, Brenda Arturo Arias<sup>11</sup>, Carlos Augusto Cuadros Mendoza<sup>12</sup>, Pedro Aponte Ordoñez<sup>3</sup>, Stephania Peña Hernández<sup>13</sup>, Viviana Parra Vargas<sup>14</sup>, César Augusto Moreno Serrano<sup>15</sup>, Jerónimo Toro Calle<sup>16</sup>, Otto Gerardo Calderón Guerrero<sup>17</sup>, Constanza Rodríguez Rubiano<sup>18</sup>, Fernando Alonso Medina Monroy<sup>19</sup>, Robin Prieto Ortiz<sup>20</sup>, Adriana Prada Rey<sup>21</sup>, Rafael Carmona Valle<sup>22</sup>, Juanita Nathalie Higuera Carrillo<sup>2</sup>, Alejandra Castro Rodríguez<sup>18</sup>, Mónica María Contreras Ramírez<sup>5</sup>, Fabio Gil Parada<sup>23</sup>, Carlos Timossi<sup>24</sup>, Jhonny Castaño Morales<sup>25</sup>, Pablo Vásquez Hoyos<sup>26</sup>, Paula Andrea Pizarro Marin<sup>25</sup>, Jhon Camacho Ruiz<sup>26</sup>

<sup>1</sup> Hospital Pablo Tobón Uribe.

<sup>2</sup> Universidad El Bosque.

<sup>3</sup> Instituto de Salud Digestiva Gutmedica.

<sup>4</sup> Unidad de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición, Gastronutriped.

<sup>5</sup> Hospital Pablo Tobón Uribe.

<sup>6</sup> Hospital Universitario Erasmo Meoz.

<sup>7</sup> Hospital Internacional de Colombia, Universidad El Bosque.

<sup>8</sup> Fundación Santa Fe de Bogotá.

<sup>9</sup> Centro de Gastroenterología y Endoscopia.

<sup>10</sup> Colegio Colombiano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (COLGAHNP).

<sup>11</sup> Hospital Universitario de Caldas.

<sup>12</sup> Hospital Internacional de Colombia.

<sup>13</sup> Fundación Hospital de la Misericordia.

<sup>14</sup> Clínicas Colsonitas.

<sup>15</sup> Hospital Departamental de Villavicencio.

<sup>16</sup> Clínica CES.

<sup>17</sup> Clínica Imbanaco Grupo Quirón-Salud.

<sup>18</sup> Stay Gut, Gastroplus - Clínica Azul.

<sup>19</sup> Centro Médico UGANEP.

<sup>20</sup> Centro de Enfermedades Hepáticas y Digestivas CEHYD.

<sup>21</sup> Clínica del Country.

<sup>22</sup> Clínica Medihelp.

<sup>23</sup> Clínica Universitaria Colombia.

<sup>24</sup> Research & Development Department, Miramar MedCom, Mexico.

<sup>25</sup> Clínica Medellín.

<sup>26</sup> Departamento de Pediatría, Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José.

### Introducción

La Esofagitis Eosinofílica (EEO) es una enfermedad inflamatoria crónica y progresiva, con un incremento en la prevalencia e incidencia a nivel mundial, tanto en la población pediátrica como en la adulta.

**Objetivo:** Comparar las características epidemiológicas, clínicas y tratamiento de dos cohortes colombianas multicéntricas de pacientes pediátricos y adultos con EEO en Colombia.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio comparativo descriptivo de corte transversal con dos cohortes independientes de pacientes pediátricos y adultos de múltiples centros colombianos. Se consolidó la información en una base de datos electrónica. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, tratamiento y complicaciones.

**Resultados:** Se analizaron 286 pacientes con EEO, 143 niños y 143 adultos, con predominio del sexo masculino (61,9%). Entre los antecedentes, los niños presentaron más parto por cesárea (50,3% vs 5,6%,  $P < 0,001$ ), atopias (27,3% vs 11,9%,  $P < 0,001$ ), rinitis alérgica (34,3% vs 11,9%,  $P < 0,001$ ) y antecedentes familiares (4,9% vs 0,7%,  $P < 0,001$ ), comparado con los adultos. La duración de síntomas antes del diagnóstico difirió entre grupos ( $p = 0,003$ ): los adultos consultaron más precozmente (<6 meses: 42,0% vs 22,8%). Los adultos presentaron más disfagia (69,9% vs 32,2%,  $P < 0,001$ ) e impactación alimentaria (21,0% vs 2,8%,  $P < 0,001$ ), y menos pérdida de peso (4,2% vs 25,2%,  $P < 0,001$ ), comparado con los niños. En cuanto al tratamiento, los adultos reciben más esteroides (29,4% vs 0,0%,  $P < 0,001$ ) y menos inhibidores de bomba de protones (72,7% vs 88,1%,  $P < 0,001$ ), comparado con los niños. No hubo diferencia significativa en el tratamiento dietario (41,3% vs 43,4%,  $P = 0,35$ ). (Ver Tabla1).

**Conclusiones:** La EEO en Colombia afecta tanto a niños como adultos, con diferencias significativas en antecedentes, síntomas, tratamiento y tiempo de síntomas previo al diagnóstico. Se requieren guías nacionales y estrategias educativas diferenciadas para cada población.

**Tabla 1.** Comparación de características clínicas, tratamiento y hallazgos diagnósticos entre niños y adultos con EEO

Variable	Niños (n=143)	Adultos (n=143)	Valor p
Sexo masculino	66,4%	57,3%	0,113
Parto por cesárea	50,3%	5,6%	<0,001
Antecedente de atopía	27,3%	11,9%	0,001
Antecedente de rinitis alérgica	34,3%	11,9%	<0,001
Antecedente de asma	17,5%	17,5%	1,000
Antecedente familiar de EoE	4,9%	0,7%	<0,001
Pirosis	37,1%	30,1%	0,084
Dolor abdominal	67,1%	21,7%	<0,001
Vómito	46,2%	5,6%	<0,001
Regurgitación	42,7%	21,7%	<0,001
Pobre ingesta	32,2%	8,4%	<0,001
Disfagia	32,2%	69,9%	<0,001
Impactación alimentaria	2,8%	21,0%	<0,001
Pérdida de peso	25,2%	4,2%	<0,001
Dolor torácico	16,1%	17,5%	0,214
Estenosis esofágica	4,2%	53,1%	<0,001
Estenosis persistente en control	0%	9,8%	<0,001
Recepción de tratamiento dietario	41,3%	43,4%	0,353
Dilatación endoscópica	2,8%	3,5%	0,347
Desnutrición	3,5%	0,7%	<0,001
Tipo de IBP (esomeprazol predominante)	88,1%	72,7%	<0,001
Tipo de corticoide (inalados/deglutidos)	0%	29,4%	<0,001
Carga de eosinófilos >60 eos/campo	34,3%	25,2%	0,001
Mediana de edad al diagnóstico (años)	16,2	37,0	<0,001
Duración de síntomas antes del diagnóstico			0,003
<6 meses	22,8%	42,0%	
6-12 meses	26,5%	21,7%	
>12 meses	50,7%	36,4%	





## Adherencia al protocolo de Seattle y detección de displasia o adenocarcinoma en pacientes con esófago de Barrett: un estudio clínico retrospectivo

Jorge Antonio Yanine Habibe<sup>1</sup>, Carla Ivonne Neira Aguayo<sup>1</sup>, Ana Karina Fuentes Gonzalez<sup>1</sup>, Fernanda Paz Matamala Gonzalez<sup>1</sup>, Patrick Ashley Sadler Spencer<sup>1</sup>, Therius Gelin<sup>1</sup>, Juan Carlos Said Rojas<sup>1</sup>, Catalina Del Pilar Farias Aqueveque<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital San Borja.

### Introducción

El esófago de Barrett (EB) es una condición premaligna y con mayor riesgo de adenocarcinoma (ADC). El protocolo de Seattle (PS) consiste en biopsias sistemáticas en cuatro cuadrantes cada 1-2 cm del segmento afectado y biopsias dirigidas (BD) a lesiones visibles, técnica recomendada para mejorar la detección de displasia de alto y bajo grado (DAG/DBG). Su implementación en la práctica es variable en adherencia, tiempo y costos.

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia de adherencia al PS en la toma de biopsias durante las panendoscopias (EDAs) con observación de EB durante un año. Determinar la tasa de diagnóstico de DAG, DBG, ADC y analizar su relación con la adherencia al PS.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes sometidos a EDAs por EB, en un centro médico terciario durante el 2024 y se evaluaron las variables: adherencia a PS, BD, DAG, DBG y ADC.

**Resultados:** Se analizaron 1882 EDAs, se identificaron 47 casos de EB, una prevalencia del 2,5%. La confirmación histológica se logró en 26 pacientes (55%). De los casos confirmados, el 42% presentó displasia,

predominando la DBG (39%) y registrándose un caso de DAG (4%). La adherencia al PS fue del 62% en el total de casos y de solo 36% en pacientes con displasia. La displasia fue más frecuente en pacientes con PS que con biopsias dirigidas (46% vs 9%) e igual a biopsias no sistematizadas (BNS)(46%). No hubo detección de ADC.

**Conclusiones:** El EB es relevante por su alta tasa de displasia y esta fue similar en quienes se aplicó el PS o BNS por sobre las BD. La subutilización de protocolos y técnicas diagnósticas claves, limitan la detección precoz de displasia y ADC. Mejorar la adherencia a protocolos y estrategias como cromosendoscopia, pueden optimizar la detección precoz y manejo de esta condición premaligna.



## Hallazgos endoscópicos e histológicos de pacientes con disfagia sometidos a biopsia esofágica

Manuel Vicente Barrera Oñate<sup>1</sup>, Javier Chahuán Abde<sup>2</sup>, Javier Eduardo Pérez Valenzuela<sup>2</sup>, Belén Giacaman Fonseca<sup>2</sup>, Ocar Corsi Sotelo<sup>2</sup>, Felipe Vega González<sup>2</sup>, Florencia Honorato Labarca<sup>2</sup>, Camilo San Martín Ojeda<sup>2</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>2</sup>, Diego Reyes Placencia<sup>2</sup>, Mauricio Pizarro Véliz<sup>2</sup>, José Ignacio Gran Scheuch<sup>2</sup>, Paula Rey Gnecco<sup>2</sup>, Hugo Monroy Bravo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico de la Universidad Católica

<sup>2</sup> Hospital Clínico universidad Católica de Chile / Pontificia Universidad Católica de Chile.

### Introducción

La disfagia es un síntoma frecuente que conlleva morbilidad, puede acompañarse de dolor torácico, regurgitación, pirosis, entre otros. Existen diversas causas que pueden explicar este síntoma y que tienen un manejo específico.

**Objetivos:** Analizar y caracterizar a los pacientes que consultan por disfagia y se realizan endoscopia digestiva alta con biopsias esofágicas por protocolo. Identificar los diagnósticos más frecuentes y sus características clínicas.

**Métodos:** Estudio observacional de reclutamiento prospectivo entre agosto de 2024 y mayo de 2025, que incluyó pacientes mayores de 18 años con disfagia de características esofágicas acompañada o no de otros síntomas esofágicos, a quienes se les realizó una endoscopia digestiva alta con biopsias esofágicas protocolizadas. El síntoma de impactación esofágica se incluyó como disfagia. Se aplicó la encuesta BED-Q para cuantificar la severidad de los síntomas.

**Resultados:** Se incluyeron 71 pacientes, con mediana de edad de 46,0 años (IQR: 35,5–59,0), el 63,4% mujeres. El puntaje BED-Q mostró una mediana de 8,0 puntos (IQR: 6,0–15,3). En los hallazgos endoscópicos,

el 47,9% de los casos, el esófago fue descrito como normal. El 18,3% presentó hallazgos sugerentes de esofagitis eosinofílica y el 14,1% esofagitis erosiva grado B o C. Otros hallazgos menos frecuentes fueron esofagitis grado A, hernia hiatal, candidiasis esofágica, esófago de Barrett y lesión escamosa. En el análisis histológico, en el 77,4% el patólogo concluyó hallazgos compatibles con reflujo gastroesofágico, el 14,3% compatible con esofagitis eosinofílica y el 2,9% con candidiasis esofágica.

**Conclusiones:** En pacientes con disfagia destaca una alta proporción de pacientes sin hallazgos endoscópicos, los cuales requerirán estudio adicional. Además, se encontró una frecuencia considerable de esofagitis eosinofílica. Esto refuerza la importancia de biopsiar el esófago ante la presencia de disfagia para no retrasar este diagnóstico.



## Estado actual del diagnóstico y tratamiento de la esofagitis eosinofílica en Latinoamérica: resultados de una encuesta internacional

Manuel Vicente Barrera Oñate<sup>1</sup>, Javier Nicolás Chahuán Abde<sup>1</sup>, Oscar Corsi Sotelo<sup>1</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, Diego Reyes Placencia<sup>1</sup>, Mauricio Pizarro Véliz<sup>1</sup>, José Ignacio Gran Scheuch<sup>1</sup>, Paula Rey Gnecco<sup>1</sup>, Alfredo Lucendo Villarin<sup>2</sup>, Hugo Monrroy Bravo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universidad Católica.

<sup>2</sup> Departamento de Gastroenterología, Hospital General de Tomelloso; Centro de Investigación Biomédica en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd); Instituto de Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha, Tomelloso, España.

### Introducción

La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad emergente en Latinoamérica. Podrían existir prácticas heterogéneas ante ausencia de consensos regionales.

**Objetivo:** Caracterizar las prácticas actuales de diagnóstico, manejo y seguimiento de la EEO en Latinoamérica.

**Metodología:** Se diseñó una encuesta de 55 preguntas sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de EEO. Una versión piloto fue revisada por cinco gastroenterólogos para evaluar claridad y pertinencia. La encuesta se distribuyó por correo electrónico a médicos de sociedades latinoamericanas de gastroenterología. Se obtuvo consentimiento informado y aprobación ética.

**Resultados:** Se analizaron 165 respuestas. Los países con mayor participación fueron Chile (42,4%), Argentina (15,2%), México (10,3%), Ecuador y Uruguay (7,3%). La mediana de edad fue de 47 años (IQR 41–62); el 84,8% eran gastroenterólogos de adultos. El 61,8% atiende menos de cinco pacientes con EEO al año.

El 80% realiza biopsias esofágicas ante disfagia generalmente o siempre. El 52,7% utiliza regularmente la clasificación EREFS. 63,2%

toma biopsias durante endoscopías urgentes por impactación. El 78,4% realiza seis biopsias o más ante sospecha de EEO.

El uso de inhibidores de bomba de protones y corticoides tópicos como primera línea en la mayoría de los pacientes fue de 77,6% y 24,8%, respectivamente. La dieta de exclusión de seis alimentos fue la estrategia dietética más empleada. El 83,6% busca la remisión histológica como objetivo terapéutico. El control más habitual en pacientes en remisión fue cada 3 a 6 meses (53,3%).

**Conclusión:** Aunque muchas prácticas se alinean con estándares internacionales, persisten diferencias en el manejo. Destacan el número adecuado de biopsias y el enfoque hacia la remisión histológica. Se debe reforzar la toma de biopsias en endoscopia de urgencia y uso sistemático de EREFS, así como consensos regionales para optimizar el abordaje clínico.



## Ablación por radiofrecuencia frente a coagulación con argón plasma en el esófago de Barrett displásico: estudio retrospectivo multicéntrico con análisis de propensión

Camilo Díaz Quintero<sup>1</sup>, Rodrigo Castaño Llano<sup>2</sup>, David Restrepo Escobar<sup>3</sup>, Juan Puerta Botero<sup>3</sup>, Lordana Mejía Kambourova<sup>3</sup>, Daniela Palacio Patiño<sup>3</sup>, Oscar Alvarez Barrera<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Fellow Gastroenterología UniSanitas, Cirujano General Universidad Pontificia Bolivariana.

<sup>2</sup> Cirujano Gastrointestinal Clínica Las Américas, Clínica del Rosario, Universidad Pontificia Bolivariana.

### Introducción

La ablación por radiofrecuencia (ARF) y la coagulación con argón plasma (estándar, APC-E, o híbrida, APC-H) son técnicas de ablación térmica utilizadas para erradicar el epitelio metaplásico displásico del esófago de Barrett (EB), incluso tras resección endoscópica previa.

**Objetivos:** Comparar la seguridad y eficacia de ARF frente a APC-E y APC-H en la erradicación del EB displásico, con o sin resección endoscópica previa, en pacientes con al menos un año de seguimiento.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico de 106 pacientes con EB displásico tratados entre enero de 2006 y diciembre de 2023. Se aplicaron protocolos estandarizados: ARF con catéter Halo 360° y doble pasada de 12 J/cm<sup>2</sup>; APC-E o APC-H con 50 W y flujo de argón entre 1–1.5 L/min. Se registraron tasas de erradicación y eventos adversos. Para controlar factores de confusión, se realizó un emparejamiento 1:1 por puntaje de propensión considerando edad, sexo, longitud del Barrett, displasia basal y resección previa. El seguimiento endoscópico se realizó a los 3, 6, 12 y 24 meses.

**Resultados:** Se realizaron 121 ablaciones (ARF: n=37; APC-E: n=35; APC-H: n=34). La mediana de seguimiento fue de 38 meses. Las tasas de erradicación a largo plazo fueron 81% (ARF), 80% (APC-E) y 85% (APC-H). El dolor post procedimiento fue significativamente mayor en el grupo ARF (media 5,5/10; 6,7 días) frente a APC-E (3,1/10; 3,5 días) y APC-H (2,1/10; 2,8 días). Las tasas de estenosis fueron 14% (ARF), 6% (APC-E) y 3% (APC-H).

**Conclusiones:** Todas las técnicas mostraron alta eficacia en la erradicación del EB displásico. Sin embargo, APC-H presentó menos estenosis esofágica y menor dolor postoperatorio en comparación con la ARF.



# Prevalence of Barrett's Esophagus in Latin American Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis

Wilfor Diaz Fernandez<sup>1</sup>, Huber Padilla Zambrano<sup>2</sup>, Vanessa Salolin Vargas<sup>3</sup>, Michele McGinnis<sup>4</sup>, Fabian Emura<sup>2</sup>, Cadman Leggett<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA.

<sup>2</sup> Emura Center Latinoamerica.

<sup>3</sup> Universidad Westhill, Facultad de Medicina.

<sup>4</sup> Mayo Clinic, Rochester, MN, USA.

## Introduction

Barrett's esophagus (BE), a well-established precursor to esophageal adenocarcinoma, necessitates a thorough understanding of its epidemiology to guide effective screening and surveillance strategies. However, the prevalence of BE across Latin America remains poorly characterized, with existing studies reporting highly variable estimates.

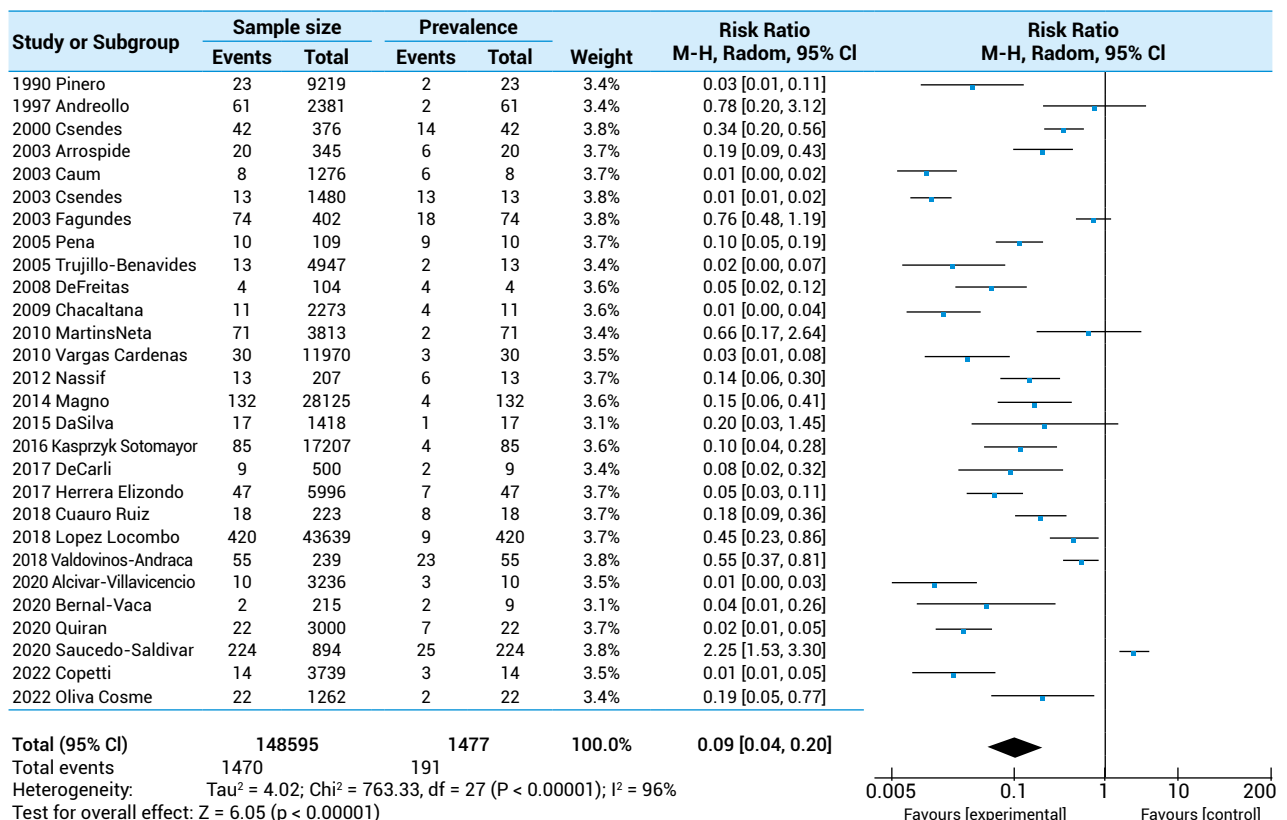
**Objectives:** We conducted a systematic review and meta-analysis to evaluate the prevalence of BE in Latin America, explore temporal trends, and identify associated risk factors.

**Methods:** We conducted a comprehensive literature search across PubMed, Embase, Web of Science, LILACS, SciELO, and MEDLINE databases to identify studies published from inception through December 2024. Eligible studies included adults aged  $\geq 18$  years with histologically confirmed BE, sample sizes  $\geq 100$  individuals, and geographic focus on Latin America (subcategorized as North/Central America, Caribbean, and South America). Inclusion and exclusion criteria were applied systematically to minimize selection bias. Pooled BE prevalence estimates were calculated using a random-effects model to account for heterogeneity across studies.

**Results:** A total of 28 eligible studies (N = 148,595) from Latin America were identified, with publications dates ranging from 1990 to 2022. The

overall pooled prevalence of histologically confirmed BE was 0.09% (95% confidence interval [CI]: 0.04 -- 0.20) (Figure 1) with substantial heterogeneity ( $I^2 = 96\%$ ), based on a random-effects model. Visual inspection of the funnel plot revealed significant asymmetry, suggestive of potential publication bias. Within BE groups, reflux symptoms, male sex and hiatus hernia were associated with a significantly increased risk of histologic BE compared with patients without BE. Subgroup analyses, such as prevalence trends over time could not be estimated based on published data.

**Conclusions:** BE is not uncommon in Latin American countries. However, the observed variability and potential bias underscore the need for further studies across diverse subregions to refine prevalence estimates and optimize early detection strategies for esophageal adenocarcinoma in this understudied population.





## Tegoprazán vs. pantoprazol en ERGE erosiva: primer ensayo clínico controlado con P-CAB en Latinoamérica

Jose Maria Remes Troche<sup>1</sup>, Luis Raul Valdovinos Garcia<sup>2</sup>, Carlos Alberto Reyes Medina<sup>3</sup>, Giselle Vanessa Gonzalez Hernandez<sup>3</sup>, Miguel Angel Valdovinos Diaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Veracruzana.

<sup>2</sup> Medica Sur.

<sup>3</sup> Carnot.

### Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una de las principales causas de consulta en la Gastroenterología. Aunque los inhibidores de la bomba de protones (IBPs) han sido el tratamiento de elección, los inhibidores competitivos ácidos del potasio (PCABs) como tegoprazan poseen múltiples ventajas farmacológicas como una mayor rapidez de acción y una supresión más prolongada. Este estudio representa el primer ensayo clínico controlado realizado en México y Latinoamérica que evalúa un P-CAB en ERGE erosiva, aportando evidencia regional sobre su eficacia y seguridad.

**Objetivos:** Comparar tegoprazan 50 mg frente a pantoprazol 40 mg en cuanto a mejoría sintomática en la primera semana, calidad de vida, cicatrización endoscópica a las 4 semanas y niveles séricos de gastrina en pacientes mexicanos con ERGE erosiva.

**Métodos:** Se realizó un ensayo clínico controlado donde se han incluido 62 pacientes (52% hombres, edad promedio 50 años) con ERGE erosiva confirmada por endoscopia (Grados B-D de LA), los cuales recibieron tegoprazan 50 mg (n=29) o pantoprazol 40 mg (n=33) durante 4 semanas. Se evaluaron síntomas y calidad de vida con una app especial, cicatrización a la semana 4 y niveles de gastrina sérica a lo largo de los días 0, 7, 28 y 35

**Resultados:** El 82.8% de los pacientes con tegoprazan presentó una mejoría significativa de síntomas a los 7 días, frente al 30.3% en el grupo de pantoprazol ( $p<0.01$ ). Desde el día 1, tegoprazan mostró mayores tasas de pacientes asintomáticos en todos los días (Figura,  $p<0.01$ ). La mejoría en la calidad de vida fue mayor con tegoprazan (19.5 vs 8.1,  $p=0.04$ ). La tasa de cicatrización fue del 100% con tegoprazan y del 83% con pantoprazol. Los niveles de gastrina aumentaron en ambos grupos de forma similar y regresaron a sus niveles basales a los 7 días posteriores a la suspensión.

**Conclusión:** Tegoprazan 50 mg demostró una respuesta clínica más rápida, mayor impacto en la calidad de vida, tasas de cicatrización superiores y con un adecuado perfil de seguridad. Este estudio respalda el uso de un PCAB como tegoprazan en nuestra región para el manejo de la ERGE

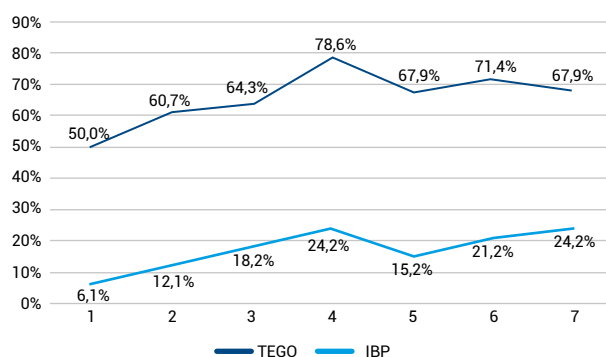


Figura 1. Pacientes asintomáticos en la primera semana de tratamiento.



## Beneficios inesperados de los inhibidores de la bomba de protones en pacientes con esofagitis eosinofílica rotulados como no respondedores

Rodrigo Castaño Llano<sup>1</sup>, Camilo Díaz Quintero<sup>2</sup>, David Restrepo Escobar<sup>3</sup>, Juan Puerta Botero<sup>3</sup>, Iordana Mejía Kambourova<sup>3</sup>, Daniela Palacio Patiño<sup>3</sup>, Oscar Álvarez Barrera<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Cirujano Gastrointestinal Clínica Las Américas, Clínica del Rosario, Universidad Pontificia Bolivariana.

<sup>2</sup> Fellow Gastroenterología UniSanitas, Cirujano General Universidad Pontificia Bolivariana.

### Introducción

La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por síntomas de disfunción esofágica y una infiltración eosinofílica sostenida. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son una terapia de primera línea, aunque algunos pacientes se clasifican como no respondedores cuando no alcanzan una reducción histológica  $<15$  eosinófilos por campo de alto poder (Eo/CAP).

**Objetivos:** Determinar el impacto de los IBP sobre la eosinofilia esofágica, así como los cambios clínicos, endoscópicos e histológicos en pacientes clasificados como no respondedores.

**Métodos:** Análisis secundario de una cohorte prospectiva de pacientes adultos con EEO tratados con IBP durante al menos 8 semanas. Se incluyeron pacientes sin respuesta histológica ( $>15$  Eo/CAP). Se compararon síntomas, hallazgos endoscópicos y características histológicas antes y después del tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 102 pacientes (edad media 37 años; 68% hombres). No se observó reducción significativa en el conteo medio de eosinófilos (98.7 vs 95.4 Eo/CAP; p=0.892). Sin embargo, el 25% de los pacientes mostró una disminución  $\geq 50\%$  del recuento, asociado a mejoras en desgranulación eosinofílica, microabscesos y espongiosis. Se evidenció una disminución significativa en fibrosis de la lámina propia (del 92% al 44%; p<0.001) y pirosis (21% vs 9%; p=0.017), sin cambios clínicos ni endoscópicos relevantes en el resto de los pacientes.

**Conclusiones:** A pesar de no alcanzar criterios tradicionales de respuesta, una proporción de pacientes clasificados como no respondedores presenta mejoría histológica parcial y sintomática. Esto sugiere que los IBP podrían tener efectos beneficiosos más allá de la reducción eosinofílica completa, incluyendo propiedades antifibróticas sugiriendo que estas evaluaciones no deben ser exclusivamente dicotómicas.

**Tabla 1.** Características antes y después del tratamiento con IBP de los pacientes con EEO sin respuesta a los IBP (n=102).

	Antes de IBP	Después de IBP	p*
Edad (media en años $\pm$ DE)	37 $\pm$ 11	-	-
Hombres	69 (68)	-	-
<b>Síntomas</b>			
Disfagia	97 (95)	100 (98)	0,248
Reflujo	21 (21)	9 (9)	0,017
Dolor abdominal	8 (8)	4 (4)	0,234
<b>Hallazgos endoscópicos</b>			
Exudados	55 (54)	54 (53)	0,888
Anillos	74 (73)	81 (79)	0,251
Edema	43 (42)	52 (51)	0,207
Surcos	78 (76)	85 (83)	0,221
Estenosis	48 (47)	49 (48)	0,889
Hernia hiatal	15 (15)	17 (17)	0,700
Pacientes dilatados	34 (33)	31 (30)	0,652
Puntuación EREFS (promedio Eo $\pm$ DE)	5,0 $\pm$ 1,9	4,5 $\pm$ 2,2	0,042
Pico de Eo (promedio Eo $\pm$ DE)	98,7 $\pm$ 62,6	95,4 $\pm$ 88,1	0,892
<b>Otros hallazgos histológicos</b>			
Desgranulación de Eo	95 (93)	91 (89)	0,324
Microabscesos de Eo	72 (71)	70 (69)	0,761
Hiperplasia de células basales	73 (72)	52 (51)	0,051
Espongiosis	95 (93)	91 (89)	0,323
Fibrosis en lámina propia	94 (92)	45 (44)	< 0,001
<b>Conteo de eosinófilos por ubicación</b>			
Pico distal Eo (promedio Eo $\pm$ DE)	89,1 $\pm$ 66,6	76,2 $\pm$ 90,8	0,366
Pico proximal Eo (promedio Eo $\pm$ DE)	54,3 $\pm$ 61,1	43,5 $\pm$ 61,0	0,696

\*Medias comparadas con una prueba t emparejada y proporciones comparadas con la prueba de McNemar



## Identificación de la expresión aberrante de p53 por inmunohistoquímica en pacientes con esófago de Barrett: resultados de un centro universitario chileno

Renato Francisco Palma Fernández<sup>1</sup>, Jose Miguel Gonzalez Torres<sup>2</sup>, Juan Carlos Roa Strauch<sup>2</sup>, Gonzalo Ignacio Latorre Selvat<sup>1</sup>, Jose Ignacio Vargas Dominguez<sup>3</sup>, Paula Javiera Torres Montes<sup>2</sup>, Alberto Antonio Espino Espino<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>2</sup> Unidad de Patología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>3</sup> Unidad de Endoscopia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### Introducción

El diagnóstico de Esófago de Barrett (EB) ha aumentado en nuestro medio, en paralelo al incremento sostenido del adenocarcinoma esofágico (ACE) en países occidentales. Esto ha impulsado la búsqueda de herramientas que permitan identificar precozmente a pacientes con mayor riesgo de progresión. La detección de un patrón aberrante de p53 mediante inmunohistoquímica (p53-IHQ) se ha propuesto como un posible biomarcador asociado tanto a displasia como al riesgo de progresión a ACE.

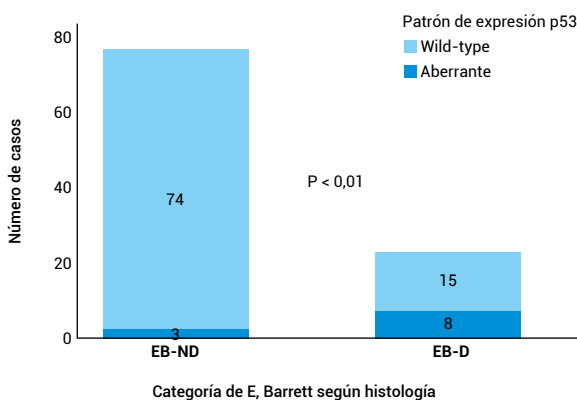
**Objetivos:** Evaluar la expresión aberrante de p53-IHQ en biopsias de pacientes con EB al momento del diagnóstico, comparando características clínicas, endoscópicas e histológicas entre pacientes con displasia (EB-D) y sin displasia (EB-ND).

**Métodos:** Estudio de cohorte prospectiva, unicéntrico, realizado entre enero 2018 y julio 2024 en la Red Salud UC Christus (Santiago, Chile). Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico histológico de EB y estudio con p53-IHQ. Se excluyeron pacientes sin seguimiento, con biopsias no concluyentes o antecedentes de tratamiento erradicador previo.

**Resultados:** Se analizaron 100 casos, con edad promedio de 59,1 años y predominio masculino (61%). El 19% tenía antecedente de tabaquismo y 23% consumo excesivo de alcohol. El 35% usaba inhibidores de bomba de protones por  $\geq 1$  año antes del diagnóstico. Un 70% presentó EB  $\geq 3$  cm y un 11% lesiones endoscópicamente visibles. El 23% de los casos correspondió a EB-D. La expresión aberrante de p53-IHQ fue significativamente mayor en el grupo con EB-D (34,7%) comparado con EB-ND (3,9%) ( $p < 0.05$ ) (Figura 1).

**Conclusiones:** La expresión aberrante de p53-IHQ se asocia a la presencia de displasia en pacientes con EB. Su detección podría contribuir a optimizar estrategias de seguimiento y tratamiento desde

etapas tempranas de la enfermedad, reforzando su utilidad como biomarcador en la evaluación inicial del EB.



**Figura 1.** Distribución de la expresión de p53 según presencia o ausencia de displasia en pacientes con Esófago de Barrett (EB). (ND: no displásico, D: con displasia)



## Gaps in Barrett's esophagus surveillance: a Pan-American SIED report on adherence to endoscopic quality indicators

Alberto Espino<sup>1</sup>, Javier Uribe<sup>1</sup>, Hugo Cedrón<sup>2</sup>, Albis Hani<sup>3</sup>, Gustavo Andrade de Paulo<sup>4</sup>, Vitor Nunes Arantes<sup>5</sup>, José Tawil<sup>6</sup>, Francisco Valdovinos-Andraca<sup>7</sup>, Reinaldo Arias<sup>3</sup>, Josué Aliaga<sup>8</sup>, Enrique Adames-Almengor<sup>9</sup>, Renato Palma<sup>10</sup>, Adolfo Parra-Blanco<sup>11</sup>, Jacobo Ortiz-Fernández-Sordo<sup>11</sup>, Samir C. Grover<sup>12</sup>, Prateek Sharma<sup>13</sup>, Prasad Iyer<sup>14</sup>, Cadman Leggett<sup>14</sup>

<sup>1</sup> Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile; Endoscopy Unit, Hospital Clínico UC-Christus. Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Gastroenterology Service, Clínica Anglo Americana; Faculty of Medicine, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Department of Gastroenterology, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Department of Gastroenterology, Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine, University of São Paulo. Sao Paulo, Brasil.

<sup>5</sup> Endoscopy Unit, Alfa Institute of Gastroenterology, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais; Hospital Mater Dei Contorno. Belo Horizonte, Brasil.

<sup>6</sup> Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDYT). Buenos Aires, Argentina.

<sup>7</sup> Department of Gastrointestinal Endoscopy, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México, México.

<sup>8</sup> Gastroenterology Service, Hospital José Agurto Tello-Chosica. Lima, Perú.

<sup>9</sup> Department of Medicine, School of Medicine, University of Panama; Santo Tomás Hospital. Ciudad de Panamá, Panamá.

<sup>10</sup> Gastroenterology Unit, Hospital Base Valdivia, Chile.

<sup>11</sup> NIHR Nottingham Digestive Diseases Biomedical Research Centre, Nottingham University Hospitals NHS Trust. Nottingham, UK.

<sup>12</sup> Division of Gastroenterology, Scarborough Health Network, University of Toronto. Toronto, Canada.

<sup>13</sup> Division of Gastroenterology and Hepatology, VA Medical Center and University of Kansas School of Medicine. Kansas City, USA.

<sup>14</sup> Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic. Rochester, MN, USA.



### Background & Aims

While Barrett's esophagus (BE) prevalence is rising globally, data on its management across the Americas remain scarce, hindering efforts to standardize care. This study, the first of its kind, aimed to characterize clinical practices and adherence to quality indicators among endoscopists in North, Central, and South America.

**Methods:** A 36-item, validated, multilingual electronic survey developed by the Inter-American Society of Digestive Endoscopy (SIED) Barrett's Committee was distributed to digestive endoscopists across the Americas between April and May 2025. The survey assessed demographics, self-reported expertise, resource availability, and detailed practices for BE screening, diagnosis, and management.

**Results:** A total of 976 endoscopists from 23 countries participated (70% male; mean age 49 $\pm$ 12; 72% gastroenterologists). Of these, 24.7% self-identified as BE experts. Experts reported significantly greater access to advanced endoscopic imaging than non-experts (90.5% vs.

82.4%,  $p < 0.05$ ). Major disparities in adherence (always/almost always  $> 75\%$  of cases) to key quality indicators were found between experts and non-experts, respectively: adequately cleaning the esophagus (93% vs. 89.3%,  $p < 0.05$ ); using a cap device (11.6% vs. 5.3%,  $p < 0.05$ ); providing detailed morphological descriptions (72.2% vs. 44.6%,  $p < 0.05$ ); using the Prague C&M criteria (90.5% vs. 84.6%,  $p = 0.06$ ); performing targeted searches for lesions with advanced imaging (87.6% vs. 68.2%,  $p < 0.05$ ); dedicating  $\geq 1$  minute of inspection per centimeter of BE (68.5% vs. 42.9%,  $p < 0.05$ ); and adhering to the Seattle protocol (biopsies every 1-2 cm in 4 quadrants) (74.7% vs 62.7%,  $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** This large-scale survey reveals substantial variability exists in the management of BE across the Americas. Adherence to recommended quality indicators and international guidelines is significantly influenced by the endoscopist's level of expertise. These

findings highlight an urgent need to prioritize standardized education and training focused on BE-specific quality standards in endoscopic society curricula throughout the continent.



## Pan-American variability in Barrett's esophagus management: a SIED report on screening, diagnosis, and treatment practices

Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, Javier Uribe<sup>1</sup>, Hugo Cedrón<sup>2</sup>, Albis Hani<sup>3</sup>, Gustavo Andrade de Paulo<sup>4</sup>, Vitor Nunes Arantes<sup>5</sup>, José Tawil<sup>6</sup>, Francisco Valdovinos-Andraca<sup>7</sup>, Reinaldo Arias<sup>8</sup>, Josué Aliaga<sup>8</sup>, Enrique Adames-Almengor<sup>9</sup>, Renato Palma<sup>10</sup>, Adolfo Parra-Blanco<sup>11</sup>, Jacobo Ortiz-Fernandez-Sordo<sup>11</sup>, Samir C. Grover<sup>12</sup>, Prateek Sharma<sup>13</sup>, Prasad Iyer<sup>14</sup>, Cadman Legget<sup>14</sup>

<sup>1</sup> Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile; Endoscopy Unit, Hospital Clínico UC-Christus. Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Gastroenterology Service, Clínica Anglo Americana; Faculty of Medicine, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Department of Gastroenterology, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Department of Gastroenterology, Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine, University of São Paulo. Sao Paulo, Brasil.

<sup>5</sup> Endoscopy Unit, Alfa Institute of Gastroenterology, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais; Hospital Mater Dei Contorno, Belo Horizonte, Brasil.

<sup>6</sup> Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDYT). Buenos Aires, Argentina.

<sup>7</sup> Department of Gastrointestinal Endoscopy, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México, México.

<sup>8</sup> Gastroenterology Service, Hospital José Agurto Tello-Chosica. Lima, Perú.

<sup>9</sup> Department of Medicine, School of Medicine, University of Panama; Santo Tomás Hospital. Ciudad de Panamá, Panamá.

<sup>10</sup> Gastroenterology Unit, Hospital Base Valdivia, Chile.

<sup>11</sup> NIHR Nottingham Digestive Diseases Biomedical Research Centre, Nottingham University Hospitals NHS Trust. Nottingham, UK.

<sup>12</sup> Division of Gastroenterology, Scarborough Health Network, University of Toronto. Toronto, Canada.

<sup>13</sup> Division of Gastroenterology and Hepatology, VA Medical Center and University of Kansas School of Medicine. Kansas City, USA.

<sup>14</sup> Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic. Rochester, MN, USA.

## Background & Aims

While Barrett's esophagus (BE) prevalence is rising globally, data on its management across the Americas remain scarce, hindering efforts to standardize care. This study, the first of its kind, aimed to characterize screening, diagnosis, and treatment practices among endoscopists in North, Central, and South America.

**Methods:** A 36-item, validated, multilingual electronic survey developed by the SIED Barrett's Committee was distributed to digestive endoscopists across the Americas between April and May 2025. The survey assessed demographics, self-reported expertise, resource availability, and detailed practices for BE screening, diagnosis, and management.

**Results:** A total of 976 endoscopists from 23 countries participated (70% male; mean age  $49 \pm 12$ ; 72% gastroenterologists). Of these, 24.7% self-identified as BE experts. Compared to non-experts, experts were older (median age 52 vs. 42 years,  $p < 0.05$ ). Regarding clinical practices, experts demonstrated greater adherence to international guidelines: they more frequently chose endoscopic resection over other strategies for visible lesions (69.7% vs. 50.6%,  $p < 0.05$ ), and were more likely to

select ablation in cases of low-grade and high-grade dysplasia (46.1% and 46.5% vs. 33.9% and 37.3%,  $p < 0.05$ , respectively). Experts also more often requested p53 immunohistochemistry on BE biopsies (5.8% vs. 2.3%,  $p < 0.05$ ), suggesting a higher use of advanced characterization tools. Conversely, no significant differences were found between experts and non-experts in screening initiation for patients with  $\geq 3$  risk factors (85.5% vs. 86.3%,  $p = 0.2$ ), or in surveillance practices for non-dysplastic BE.

**Conclusion:** This analysis highlights important discrepancies in therapeutic and diagnostic practices for Barrett's esophagus across the Americas. Expert endoscopists are more aligned with guideline-based interventions, emphasizing the need for targeted education and harmonization efforts to reduce variability and optimize care.







## Utilidad de la manometría esofágica de alta resolución en la evaluación preoperatoria de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico

Francisco Tortorolo Contreras<sup>1</sup>, Daniela Simián Marín<sup>1</sup>, Claudia Defilippi Guerra<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universidad de Chile.

### Introducción

El Consenso de Padova recomienda la realización de manometría esofágica de alta resolución (HRM) en todos los pacientes candidatos a cirugía anti reflujo gastroesofágico (RGE), para evaluar la competencia de la unión gastroesofágica (UGE) y trastornos motores esofágicos (TME). Datos en población latinoamericana al respecto son escasos.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de TME en adultos derivados para estudio preoperatorio por RGE.

**Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo, analizando datos clínicos, demográficos y manométricos de pacientes sometidos a HRM por RGE. Se utilizó equipo Manoscan 360 de Medtronic y el protocolo y criterios diagnósticos de la Clasificación de Chicago v4.0. Se excluyeron pacientes con TME conocidos, esclerodermia, gastrectomía total, bypass gástrico y esofagitis eosinofílica. Análisis estadístico: test t-student, Mann U Whitney o Chi<sup>2</sup>.

**Resultados:** 911 pacientes, 73,5% mujeres, edad media 54,3 años (rango: 15-86). IMC promedio 27 kg/m<sup>2</sup>. 42 % presentaron una UGE hipotensiva (mediana de DCI-UGE 17.5 mmHg.cm), con una unión II o III en el 51.2 % de los sujetos. La motilidad fue normal en 76,2%. 10

sujetos (1.1% del total) presentaron alteraciones de la relajación de la UGE (6 acalasia y 4 obstrucción al flujo de salida). 19.9 % presentó Motilidad esofágica inefectiva (46.7% sin reserva esofágica), 2.1% contractilidad ausente, 0.55 % esófago hipercontráctil. Al comparar pacientes con TME versus los con motilidad normal, éstos eran mayores (57,4 vs 53,4 años p<0,001), tenían mayor prevalencia de esofagitis C y D (19% vs 11,5, p=0.0076) y más disfagia (25,8% vs 18,6% p=0,028). No hubo diferencias en otros síntomas ni el GERD-Q score.

**Conclusión:** En esta serie, 3.5 % de los pacientes presentaron un TME que contraindica en forma absoluta la cirugía. Otro 9.15% presenta una contraindicación relativa como es la motilidad inefectiva sin reserva esofágica. Nuestros datos refuerzan la necesidad de siempre realizar HRM antes de decidir una conducta quirúrgica.

**Tabla 1.** Comparación entre pacientes con y sin trastorno motor esofágico según la Clasificación de Chicago v4.0 (n = 911).

	Trastorno motor esofágico (n: 217)	Sin trastorno motor esofágico (n: 694)	Valor p
<b>Sexo</b>			
Femenino n (%)	155 (71,4%)	515 (74,2%)	0,470
Masculino n (%)	62 (28,6%)	179 (25,8%)	
Edad promedio (+2DE)	57,4 (28,7- 86)	53,4 (25,6 - 81,3)	< 0,001
IMC (mediana)	27,0 (IQR: 24,3 - 29,8)	27,9 (IQR: 25,1 -30,7)	<0.001
<b>Comorbilidades n (%)</b>			
Diabetes Mellitus	17 (7,8%)	52 (7,5%)	0,985
Hipotiroidismo	32 (14,7%)	126 (18,2%)	0,291
Enfermedad de Chagas	1 (0,5%)	3 (0,4%)	1,000
Otra	51 (23,5%)	162 (23,3%)	1,000
Opioides orales n (%)	3 (1,4%)	16 (2,3%)	0,567
Uso regular de IBP n (%)	180 (82,9%)	533 (76,9%)	0,073
Uso Prokinéticos n (%)	28 (17,5%)	82 (16,1%)	0,771
Uso Neuromoduladores n(%)	18 (11,3%)	75 (14,7%)	0,327
Esofagitis erosiva C-D n (%)	40 (19%)	80 (11,5%)	0.0076
<b>Síntomas n (%)</b>			
Epigastralgia	164 (75,9%)	508 (73,3%)	0,498
Pirosis	172 (79,3%)	549 (79,3%)	1,000
Regurgitación	180 (83,3%)	553 (79,8%)	0,294
Disfagia	56 (25,8%)	129 (18,6%)	0,029
Dolor Torácico	81 (37,3%)	245 (35,5%)	0,674
Odinofagia	61 (28,1%)	177 (25,6%)	0,514
Tos	89 (41,2%)	270 (39,1%)	0,632
Disfonía	49 (22,7%)	202 (29,3%)	0,072
Carraspera	66 (30,7%)	256 (37,5%)	0,084
GERDQ (mediana)	10 (IQR: 8 - 12)	10 (IQR: 7 - 12)	0,309



Sebastian Fernando Niño Ramirez<sup>1</sup>, Nicolás Zuluaga Arbelaez<sup>2</sup>, Juliana Londoño Castillo<sup>2</sup>, Erick Licona Vera<sup>1</sup>, Juan Sebastián Peinado Acevedo<sup>1</sup>, Andrés Bejarano Agudelo<sup>3</sup>, Laura Rodríguez León<sup>3</sup>, Luis Gonzalo Guevara<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Universidad CES

<sup>2</sup> Instituto Gastroclínico

<sup>3</sup> Pontificia Universidad Bolivariana

<sup>4</sup> Clínica SOMER

## Introducción

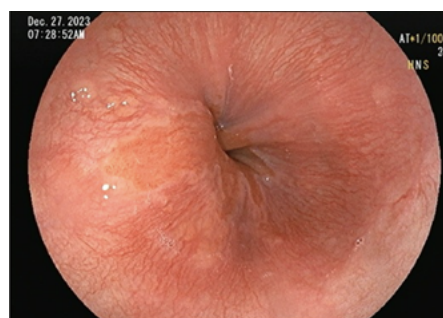
El Consenso de Lyon establece criterios para el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). En su actualización 2.0 se incluye la esofagitis de grado B de Los Ángeles como evidencia concluyente de ERGE, aunque existe una notable variabilidad interobservador en casos de esofagitis erosiva leve. La inteligencia artificial ha surgido como una herramienta prometedora para reducir esta variabilidad.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio fue desarrollar un modelo de inteligencia artificial capaz de discriminar esofagitis erosiva grado A de la B o superior mediante imágenes de endoscopia, y validar su desempeño correlacionando con resultados de pH-metría esofágica de 24 horas.

**Metodología:** Diseñamos un modelo de clasificación de imágenes de esofagitis usando redes neuronales convolucionales. El entrenamiento y validación interna se realizó con imágenes de la base de datos HiperKvasir. La validación externa incluyó pacientes con datos de pH-metría, y la evaluación se basó en la sensibilidad, especificidad y el área bajo la curva ROC (AUC).

**Resultados:** La validación interna mostró una precisión del 98%, con una sensibilidad del 95% y especificidad del 100% (AUC: 97%). En la validación externa, la precisión fue del 83%, con una sensibilidad del 69% y especificidad del 96% (AUC: 82%).

**Discusión:** El modelo de inteligencia artificial desarrollado es una herramienta válida que disminuye la variabilidad interobservador en el diagnóstico endoscópico de ERGE.



## Primera experiencia nacional de un centro universitario con estudio de pH-metría inalámbrica prolongada para pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico

Christian Von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Nicole Pacheco Herrera<sup>1</sup>, Rodrigo Quera<sup>1</sup>, Felipe Donoso<sup>1</sup>, Karin Herrera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad De Los Andes

## Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una de las patologías más frecuentes en nuestro medio. El último consenso de Lyon para el diagnóstico de ERGE incluyen el establecimiento de la esofagitis grado B de Los Ángeles como evidencia concluyente de ERGE y la descripción de métricas y umbrales para el uso del monitoreo de pH inalámbrico prolongado de 96 horas, considerando a esta técnica como la de elección dado que permite realizar el estudio durante la endoscopia índice y mejorar sensibilidad sobretodo en pacientes con tiempo de exposición ácida indeterminada o síntomas atípicos.

**Objetivos:** Describir la experiencia de nuestro centro universitario con una técnica diagnóstica nueva en nuestro medio.

**Metodología:** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con sospecha clínica de ERGE con suspensión de IBP mayor a 7 días. Tras endoscopia digestiva alta, con paciente sedado, se instala mediante técnica estandarizada cápsula inalámbrica de monitoreo pH (Bravo®) a 6 cm sobre cambio de epitelios. Se controla correcta instalación con endoscopia. Se realizó seguimiento telefónico a al día 1, 4 y 30. Se consideró adecuado un registro mayor a 48 hrs, considerándose como criterios diagnósticos de reflujo según Lyon 2.0 a un tiempo de exposición ácida mayor a 6% en al menos 2 días. Estadística Descriptiva: Frecuencias (absolutas y relativas porcentual), medidas de tendencia usando Excel y SPSS.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes, 12 mujeres y 13 hombres con edad promedio 44,0 años (rango 18-75). El principal motivo de derivación fue estudio de pirosis (22/25) y tos crónica (3/25). Dos de los pacientes tenían estudio con pH métrica previa que mostraba tiempo de exposición ácida indeterminada. Todos los pacientes

cumplieron con un registro mayor a 82 horas, 21/25 completaron 96 horas de estudio, con un tiempo promedio de estudio de 93.5 horas. La mitad de los pacientes (14/25) cumplieron criterios de Lyon 2.0 para ERGE, 5/25 hipersensibilidad esofágica y 6/25 un estudio dentro de límites normales. De aquellos con tiempo de exposición ácida indeterminado previa, 1 concluyó ERGE y otro se descartó. El examen fue bien tolerado con todos los pacientes, 7/25 presentaron síntomas siendo el principal "dolor" o "sensación de cuerpo extraño". De aquellos que presentaron síntomas 4/7 tenían hipersensibilidad esofágica y 1 se tomaron biopsias esofágicas por sospecha de esofagitis eosinofílica. Una paciente que reportó sensación de cuerpo extraño hasta el día 12 se demostró retención de cápsula mediante radiografía de tórax que al control de 14 días había botado espontáneamente. En la tabla se observa las características de pacientes incluidos.

**Conclusión:** El estudio mediante pH métrica prolongada inalámbrica (Bravo®) es sencilla y bien tolerada por los pacientes. El contar con esta tecnología en nuestro medio permite lograr un diagnóstico más certero siguiendo recomendaciones internacionales para el estudio del reflujo gastroesofágico.



# Abstracts

Parte 2: *Helicobacter pylori*

Parte 1:  
Esófago

Parte 3:  
Gastroenterología general



## Eficacia y tolerabilidad entre la terapia dual con esomeprazol versus dexlansoprazol para la erradicación de *H. pylori*: un estudio aleatorizado y abierto en ausencia de P-CABs

Silvia Portillo Ramirez<sup>1</sup>, Alejandra Reyes Guifarro<sup>1</sup>, Marcela Banegas<sup>2</sup>, Glenda Lopez Portillo<sup>3</sup>, Luis Ramirez<sup>1</sup>, Vilma Portillo Portillo<sup>1</sup>, Josue Umaña Mejia<sup>1</sup>, Jorge Suazo Barahona<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital del Valle

<sup>2</sup> Johns Hopkins Bloomberg School.

<sup>3</sup> Presbyterian Hospital.

### Introducción

El consenso de Maastricht propone la terapia cuádruple con bismuto como una alternativa de primera línea para superar la resistencia de *H. Pylori* a los antibióticos. Dos ensayos clínicos realizado por nuestro grupo de investigación comparo la terapia triple frente a la cuádruple con bismuto, encontrando tasas de erradicaciones menores de 70%. La terapia dual con Vonoprazan ha demostrado ser eficaz en la erradicación de *H. Pylori*, sin embargo, no están disponibles en algunos países de América latina. Basado en su perfil farmacocinético y farmacodinámico Dexlansoprazol podría ser una opción viable para ser utilizada en la terapia dual.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y tolerabilidad de la terapia dual utilizando Esomeprazol o Dexlansoprazol y determinar si agregar bismuto mejora las tasas de erradicación de *H. Pylori*.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, prospectivo, abierto y aleatorizado que incluyo a pacientes nuevos de 18-70 años a quienes se le realizo endoscopia con prueba de UREASA positiva. Fueron aleatorizados 1:1 a recibir los siguientes tratamientos: Grupo A: Amoxicilina 1.5gr TID, Esomeprazol 40mg TID. Grupo B: Amoxicilina 1.5gr TID, Esomeprazol 40mg TID, Subsalicilato de Bismuto (Bismuto) 525mg TID. Grupo C: Amoxicilina 1.5gr TID, Dexlansoprazol 30mg QID. Grupo D: Amoxicilina 1.5gr TID, Dexlansoprazol 30mg QID, Bismuto 525mg TID por 14 días. Cuatro semanas después de finalizado el tratamiento se realizó prueba de aliento carbono 13. Las tasas de erradicación se evaluaron mediante análisis por intención de tratar (ITT) y por protocolo (PP), se calcularon

riesgos relativos ajustados (RRs). La significancia estadística se estableció en  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Análisis incluyo 146 pacientes, los porcentajes de erradicación de ITT fue de 66.7%, 63.3%, 80%, y 77.8% en los grupos A, B, C y D respectivamente. P.0.7. De los 127 pacientes PP los porcentajes de erradicación fueron 78.9%, 79.2% 87.5% y 84.4% en los grupos A, B, C y D. La erradicación independientemente del uso de bismuto fue de 86.2% para el grupo de Dexlansoprazol y 79% el grupo de Esomeprazol P: 0.4. 97.3% de los pacientes tolero el tratamiento.

**Conclusión:** Estos hallazgos muestran que la terapia dual con Dexlansoprazol fue superior a esomeprazol para tratar *H. pylori*. Utilizar Bismuto no favoreció ni afecto los resultados. Se requiere ensayos aleatorizados multicéntricos para confirmar estos resultados.



## Frecuencia de mutaciones asociadas a resistencia a claritromicina en pacientes infectados por *Helicobacter pylori* en dos países del Cono Sur. Avance y proyecto HP-RESLA

Yenny Nilo<sup>1</sup>, Alex Arenas<sup>2,3</sup>, Clarissa Weil<sup>4</sup>, Margarita Pizarro<sup>5</sup>, Nancy Solis<sup>5</sup>, Gonzalo Latorre<sup>5</sup>, Liesbeth Hinojosa<sup>6</sup>, Juan Ramirez<sup>6</sup>, Arnoldo Riquelme<sup>7,8</sup>, Carolina Serrano<sup>4</sup>, Giuliano bernal<sup>1</sup>, Javier Chahuan<sup>5</sup>, Patricio Medel<sup>9</sup>

<sup>1</sup> CáncerLab, Departamento de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Gastroenterología, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Unidad de Gastroenterología.

<sup>4</sup> Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>5</sup> Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>6</sup> Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

<sup>7</sup> Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>8</sup> Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN).

<sup>9</sup> Programa de Farmacología y Toxicología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### Introducción

*H. pylori* es un patógeno bacteriano asociado a patologías digestivas como gastritis, úlceras y cáncer gástrico. La triple terapia estándar recomendada incluye el uso de un inhibidor de bomba de protones, amoxicilina y claritromicina. Las guías clínicas actuales recomiendan reemplazar la claritromicina en zonas con alta resistencia por esquemas que aseguren tasas de erradicación superiores al 90%.

**Objetivos:** Comparar la frecuencia de resistencia a claritromicina en dos países latinoamericanos con alta prevalencia de infección.

**Métodos:** 409 pacientes referidos a endoscopia alta fueron reclutados consecutivamente en el Hospital Sotero del Rio en Chile y en el Hospital

Nacional Arzobispo Loayza en Perú. La infección por *H. pylori* fue determinada mediante prueba rápida de ureasa en biopsias gástricas y se realizó extracción del ADN total desde la biopsia. La resistencia a claritromicina se determinó mediante análisis molecular del gen 23S, para las mutaciones A2142G y A2143G.

**Resultados:** 305 pacientes en Chile y 104 en Perú fueron incluidos en este estudio, con una edad promedio de  $56 \pm 12$  y  $55 \pm 14$  años respectivamente. La distribución por sexo fue similar en ambos países (72,2% género femenino). La prevalencia de *H. pylori* fue del 41.9% en Chile y 51.4% en Perú. La resistencia a claritromicina fue del 20.5% en Chile y 38.1% en Perú, con diferencia estadísticamente significativa. La mutación A2142G se detectó en el 1.6% de los pacientes chilenos

y 21.4 % de pacientes peruanos con diferencias significativas. La mutación A2143G fue similar: 19,7% en Chile y 16,6% en Perú.

**Conclusiones:** Las tasas de resistencia y la frecuencia de la mutación A2142G difieren significativamente entre Chile y Perú. Nuestros datos sugieren que la claritromicina no debiese ser usada en tratamientos empíricos para *H. pylori* en ninguno de los dos países.



## Farmacoresistencia del *Helicobacter pylori* basada en pruebas moleculares por secuenciación de nueva generación en el Perú

Juan Ramirez Garcia<sup>1</sup>, Liesbeth Hinojosa Florez<sup>1</sup>, Victoria Miranda Vargas<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre<sup>2</sup>, Francisca Martinez<sup>2</sup>, Pilar Alvarado<sup>2</sup>, Josefina Davila<sup>2</sup>, Felipe Silva<sup>2</sup>, Mauricio Pizarro<sup>2</sup>, Juan Carlos Roa<sup>3</sup>, Juan Pablo Gutierrez Aguirre<sup>4</sup>, Arnoldo Riquelme<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Department of Gastroenterology, Hospital Loayza.

<sup>2</sup> Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>3</sup> Department of Pathology, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>4</sup> Gastroenterology and Endoscopy Clinic, Italian Hospital of Montevideo, Uruguay.

<sup>5</sup> Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile. Center for Cancer Prevention and Control (CECAN), Santiago, Chile.

### Introducción

La infección por *Helicobacter pylori* (HP) afecta aproximadamente al 63% de la población peruana. El HP es considerado un carcinógeno del Grupo 1, por lo que su erradicación disminuye el riesgo de desarrollar cáncer gástrico. Por lo tanto, todo adulto infectado debería recibir la terapia de erradicación. En Perú, las tasas de farmacoresistencia del HP son variables. Guzmán, con pacientes reclutados en el 2015, describió una resistencia de 52.3% a Claritromicina, 29.6% a Metronidazol, 45.5% a Levofloxacino y 4.6% a Amoxicilina. Chu, con pacientes reclutados en el 2016 y 2017, reportó una resistencia a Claritromicina de 35.2%, Metronidazol 68.9%, Levofloxacino 72%, Amoxicilina 65.3%, y Tetraciclina 7.8%.

**Objetivo:** Determinar el perfil molecular de susceptibilidad antimicrobiana a claritromicina, levofloxacino, metronidazol, amoxicilina, tetraciclina y rifabutina a partir de tejidos gástricos.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal que incluyó pacientes con gastritis y HP confirmado del Hospital Arzobispo Loayza, quienes forman parte del estudio multicéntrico Latinoamericano de resistencia antimicrobiana del Hp (HpResla). Se extrajo el ADN de los bloques de parafina. La secuenciación de nueva generación (NGS) se realizó con el Kit validado PyloriARI para los genes 23S rRNA, gyrA, 16S rRNA, pbbp 1 y rdxA, para evaluar la resistencia a claritromicina, fluoroquinolonas, metronidazol, amoxicilina y rifabutina, respectivamente.

**Resultados:** Se secuenciaron 122 muestras, el 77.5% fueron mujeres, con una edad media de 57 años. Se observó resistencia en 40.2% a Claritromicina, 68.9% a Fluoroquinolonas, 21.3% al Metronidazol, 9% a Amoxicilina, 3.2% a Rifabutina y 0% a Tetraciclina. La resistencia de HP a: un antimicrobiano, dos o más antimicrobianos y multidrogaresistente ( $\geq 3$ ) se observó en el 74.6%, 25.3% y el 10%, respectivamente.

**Conclusión:** Se encontró una alta frecuencia de resistencia del *Helicobacter pylori* a los antimicrobianos, principalmente a levofloxacino y claritromicina. Por lo que, debería considerarse discontinuar el uso de triterapias con levofloxacino o claritromicina.



## Comparación de eficacia y seguridad de terapia dual con amoxicilina y fexuprazán versus amoxicilina con esomeprazol: resultados preliminares

Christian Von Mühlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Nicole Pacheco<sup>1</sup>, Rodrigo Quera<sup>1</sup>, Karin Herrera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de los Andes.

### Introducción

En Chile, más del 70% de los adultos están infectados por *Helicobacter pylori* (HP). La claritromicina no debe utilizarse en ningún esquema si existe una resistencia superior al 15% a este antibiótico, siendo mayor al 26% en nuestra población. En este escenario, la efectividad de la triple terapia (inhibidor de bombas de protones [IBP], claritromicina, amoxicilina) fue solo del 63,8%. Resultados de un estudio en 122 pacientes publicado por nuestro grupo mostraron que la terapia dual con amoxicilina y esomeprazol tuvo una eficacia de 91.8%. Se ha planteado que al optimizar el bloqueo ácido, se potencia la eficacia antibiótica aún en presencia de cepas parcialmente resistentes. El vonoprazan, un bloqueador de potasio competitivo (P-CAB), ha demostrado ser más potente y tener un inicio de acción más rápido que los IBP, no existiendo a la fecha estudios con otros PCABs disponibles en nuestro medio.

**Objetivo:** Comparar la eficacia y seguridad de dos terapias duales para la erradicación de HP.

**Metodología:** Se incluyeron pacientes con prueba de ureasa positiva obtenida mediante endoscopia digestiva alta. Se excluyeron individuos que hubiesen recibido previamente algún esquema de erradicación de HP. Un grupo de pacientes fue tratado con esomeprazol 40 mg tres veces al día y amoxicilina 750 mg cuatro veces al día, y el otro grupo con fexuprazán 40 mg dos veces al día con la misma dosis de amoxicilina, durante 14 días. La efectividad de la terapia dual se evaluó mediante el test de antígeno de HP en deposiciones (se utilizó el test Pylori-Strip®), 6 semanas después de completar el tratamiento de erradicación y tras al menos 14 días sin inhibidores de bomba de protones. Un resultado negativo fue considerado confirmación de erradicación. Se utilizó programa SPSS v.28 para análisis estadístico aplicando prueba exacta de Fisher y U de Mann Whitney.

**Resultados:** Se comparó la eficacia y seguridad de dos terapias duales para la erradicación de *Helicobacter pylori* en 42 pacientes. Un grupo de 21 pacientes recibió terapia con fexuprazán y amoxicilina, alcanzando una tasa de erradicación del 95% sin efectos adversos reportados. El otro grupo de 21 pacientes recibió terapia con esomeprazol y amoxicilina, logrando una tasa de erradicación del 90% con efectos secundarios reportados (n=2). La prueba exacta de Fisher, aplicada para evaluar la diferencia en las tasas de erradicación entre ambos grupos, no mostró significancia estadística (p=0,606)

**Conclusiones:** Nuestros resultados preliminares muestran que la terapia dual en altas dosis de fexuprazán parece ser tan efectiva como la terapia dual en altas dosis con esomeprazol para la erradicación de HP. Además, esa estrategia se caracterizó por una buena tolerabilidad, sin reportes de efectos adversos. Estudios con mayor tamaño muestral deberán confirmar si la terapia dual de fexuprazán y amoxicilina en altas dosis podría ser una alternativa eficaz y segura en la erradicación del HP.



## Comparación de la efectividad de los esquemas de tratamiento en pacientes con infección por *Helicobacter pylori* del Hospital General HOSNAG durante el periodo de enero de 2021 a enero de 2022

Manuel Alejandro Guaranda Maya<sup>1</sup>, Elizabeth Maizury Garzón Mayorga<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General HOSNAG.

<sup>2</sup> Gastrolife Center.

### Introducción

La OMS considera a este microorganismo carcinógeno de clase 1. Debido a su alta prevalencia en países en desarrollo, es fundamental implementar intervenciones que reduzcan la incidencia de la infección. Su erradicación produce múltiples beneficios, reducción del riesgo de úlceras, disminución de progresión de gastritis crónica, atrofia y riesgo de cáncer gástrico metacrónico.

**Objetivo:** Comparar la efectividad de los esquemas de tratamiento en pacientes con infección por *Helicobacter pylori* en el Hospital General HOSNAG entre 2021-2022.

**Métodos:** Observacional, analítico y transversal en pacientes con diagnóstico de primoinfección por *Helicobacter pylori* que iniciaron tratamiento entre enero 2021 y enero 2022. Se compararon los diferentes esquemas de tratamiento de primera línea conocidos, aprobados y administrados, analizando la efectividad (prueba de antígeno fecal de *H. pylori* negativa, a los 30 días de finalizado el tratamiento) y la seguridad, reportada en la historia clínica electrónica. El universo fue de 200 pacientes. Se realizó revisión de la información de una base de datos anonimizada proporcionada por estadística.

**Resultados:** La estrategia terapéutica más efectiva fue el esquema cuádruple con levofloxacino, con una efectividad del 90,74%, seguido del esquema cuádruple con metronidazol, mientras que la estrategia menos efectiva fue el esquema triple. En cuanto a las manifestaciones clínicas, la dispepsia fue más frecuente, referida por el 48% (n=96) de los pacientes, seguida del dolor abdominal (26%; n=52). La melena (6,5%; n=13) y la hematemesis (1,5%; n=3) fueron los síntomas menos frecuentes. El 18% (n=36) no presentó signos ni síntomas.

**Conclusiones:** El esquema con resultados óptimos y acorde con las recomendaciones del consenso mundial (efectividad  $\geq 90\%$ ) fue el esquema cuádruple con levofloxacino. Es una buena opción como terapia de primera línea en Ecuador. Por el contrario, debe tenerse en cuenta la baja tasa de erradicación del esquema triple para evitar su uso como terapia de erradicación.

Tabla 1. Resultados.

	Efectividad				X <sup>2</sup>	OR	p	IC 95%	p
	Si	%	No	%					
Triple esquema					7,1138	0,008			
Si	17	62,96	10	37,04			0,31	0,13-0,7597	0,01
No	146	84,39	27	15,61				Referencia	
Cuádruple esquema: metronidazol					0,7645	0,382			
Si	42	85,71	7	14,29			1,49	0,608-3,639	0,384
No	121	80,13	30	19,87				Referencia	
Cuádruple esquema: levofloxacina					4,1894	0,041			
Si	49	90,74	5	9,26			2,75	1,011-7,479	0,047
No	114	78,08	32	21,92				Referencia	
Terapia concomitante					0,1079	0,743			
Si	23	79,31	6	20,69			0,85	0,318-2,259	0,743
No	140	81,87	31	18,13				Referencia	
Terapia secuencial					0,1818	0,671			
Si	18	78,26	5	21,74			0,79	0,274-2,298	0,671
No	145	81,92	32	18,08				Referencia	
Terapia híbrida					0,1818	0,67			
Si	14	77,78	4	22,22			0,78	0,239-2,506	0,671
No	149	81,87	33	18,13				Referencia	

X<sup>2</sup>: chi cuadrado; IC: intervalo de confianza.  
OR: Odds ratio; p < 0,05 estadísticamente significativo.



## Caracterización genómica de *Helicobacter pylori* en pacientes colombianos: evolución, resistencia antimicrobiana y factores de virulencia

Kevin Andrés Guzmán Bastidas<sup>1</sup>, Arsenio Hidalgo Troya<sup>2</sup>, Álvaro Pazos Moncayo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Nariño.

<sup>2</sup> Universidad de Nariño.

### Introducción

El cáncer gástrico es la principal causa de mortalidad por cáncer en Colombia. La infección por *Helicobacter pylori*, comúnmente adquirida en la infancia, induce una inflamación crónica persistente que, al involucrar cepas virulentas, puede progresar a lesiones precursoras y carcinoma gástrico. La variación geográfica en el riesgo de esta enfermedad en Colombia ofrece una oportunidad única para estudiar la interacción entre virulencia bacteriana, respuesta del huésped y evolución microbiana.

**Objetivo:** Comparar el perfil genético, filogeográfico y la resistencia antimicrobiana de *Helicobacter pylori* en pacientes de dos regiones colombianas con distinto riesgo de cáncer gástrico: Tumaco (bajo riesgo) y Túquerres (alto riesgo), en el departamento de Nariño.

**Metodología:** Se recolectaron biopsias gástricas de 409 pacientes adultos (203 de Tumaco y 206 de Túquerres). Las muestras fueron procesadas para histología, cultivo bacteriano, sensibilidad antimicrobiana y PCR de los genes de virulencia *cagA* y *vacA*. Se realizó tipificación multilocus (MLST) de siete genes estructurales para el análisis filogeográfico. La erradicación se evaluó mediante la prueba del aliento con [13C]-urea, 45 días después del tratamiento.

**Resultados:** La prevalencia de *H. pylori* fue similar en ambas regiones (Tumaco: 88,7%; Túquerres: 85,4%). Tumaco presentó mayor resistencia

a amoxicilina y claritromicina. Los genotipos virulentos (*cagA*+, *vacA* s1m1) fueron más frecuentes en Túquerres (85,9%). Las cepas de Túquerres fueron mayormente de origen europeo (hpEurope), mientras que en Tumaco coexistieron linajes africanos y europeos. Se identificaron dos agrupamientos locales (hspColombia-Tumaco y hspColombia-Túquerres). Las cepas no virulentas se asociaron con mayor fracaso terapéutico.

**Conclusiones:** Las diferencias genéticas y filogeográficas de *H. pylori* reflejan la disrupción de la coevolución huésped-bacteria en zonas de alto riesgo. La presión antibiótica podría estar seleccionando cepas menos virulentas, con implicaciones terapéuticas y epidemiológicas relevantes para el control del cáncer gástrico en Colombia



## Validación de la prueba de antígenos fecales para el diagnóstico de *Helicobacter pylori* en pacientes peruanos de una clínica privada de Lima, Perú

Alejandro Ugarte Lastra<sup>1</sup>, David Guevara Lazo<sup>1</sup>, Siomara Chávez Sánchez<sup>2</sup>, Solange Villaizan Vasquez, Ruby Huavil Francia<sup>2</sup>, Eloy Puento De La Vega Caceres<sup>2</sup>, Luis Flores Egocheaga<sup>2</sup>, Manuel Ojeda Cisneros<sup>2</sup>, Cesar Salinas Cerquin<sup>2</sup>, Alejandro Bussalleu Rivera<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Servicio de Gastroenterología, Clínica Médica Cayetano Heredia, Lima, Perú.

### Introducción

*Helicobacter pylori* es una bacteria de alta prevalencia mundial y nacional, asociada a dispepsia, cáncer gástrico y otras patologías gastrointestinales. Su diagnóstico puede realizarse mediante métodos invasivos y no invasivos, como la prueba de antígenos fecales, que destaca por su rapidez, accesibilidad, bajo costo y poca necesidad de equipamiento sofisticado. A pesar de su uso generalizado por su alta sensibilidad y especificidad reportadas, no ha sido validada en población peruana.

**Objetivo:** Determinar la sensibilidad y especificidad de la prueba cualitativa de antígenos fecales inmunocromatográfica, utilizando la histopatología como referencia en pacientes peruanos con dispepsia.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico y prospectivo, realizado el 2025 en la Clínica Cayetano Heredia (Lima, Perú). Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de dispepsia. Antes de la endoscopia con biopsia gástrica, se recolectaron muestras de heces para la prueba. Se excluyeron quienes usaron inhibidores de bomba de protones o sales de bismuto en las 2 semanas previas, o antibióticos en las 4 semanas previas. El análisis estadístico se realizó con Stata v18.

**Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes, 67.5% mujeres, con mediana de edad de 45 años (RIC:32–57). La prueba de antígenos fecales mostró

una sensibilidad de 77.7%, especificidad de 95.4%, valor predictivo positivo de 93.3%, valor predictivo negativo de 84.0% y concordancia global de 87.5% de acuerdo a los resultados comparativos de la Tabla 1. La mediana del puntaje de Bristol fue 3 y el tiempo promedio entre recolección y análisis de las muestras fue 6.5 horas.

**Conclusiones:** Los resultados preliminares de la prueba mostraron alta especificidad y sensibilidad aceptable en esta población. Aunque ligeramente inferiores a estudios internacionales, sus valores superan los de otras pruebas no invasivas en Perú. Su bajo costo y facilidad de uso respaldan su utilidad en atención primaria y zonas con recursos limitados.

**Tabla 1.** Tabla de contingencia.

		Histopatología (Gold Standar)		
		(+)	(-)	
Antígenos fecales	(+)	VP: 14	FP: 1	15
	(-)	FN: 4	VN: 21	25
		18	22	Total: 40

VP: verdaderos positivos, VN: verdaderos negativos, FP: falsos positivos, FN: falsos negativos.



## Desempeño de la clasificación de Kyoto y Kyoto modificado para el diagnóstico endoscópico de la infección por *Helicobacter pylori*

Dacio Cabrera Hinojosa<sup>1</sup>, Patricia Valera Luján<sup>1</sup>, Harold Benites Goñi<sup>2</sup>, Nadia Beltrán Salas<sup>1</sup>, Milvia Garrido Millán<sup>1</sup>, Kussy Campos Bravo<sup>1</sup>, Karla Ramírez Ángel<sup>1</sup>, Edson Gudiel Palomino<sup>1</sup>, Santiago Anchi Quispe<sup>1</sup>, Sergio Chumacero Sánchez<sup>1</sup>, Gino Aliaga Purizaca<sup>1</sup>, Carlos Nureña Flores<sup>1</sup>, Luciana Lancho Fristovic<sup>1</sup>, Julio Santiago Marcelo<sup>1</sup>, Jhandyra Gómez Valer<sup>1</sup>, Gustavo Kishimoto Tsukazan<sup>3</sup>, Gonzalo Latorre Selvat<sup>4</sup>, Joshi Acosta Barriga<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Dos de Mayo

<sup>2</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

<sup>3</sup> Clínica Centenario Peruano Japonesa

<sup>4</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile

<sup>5</sup> Universidad Científica del Sur

### Introducción

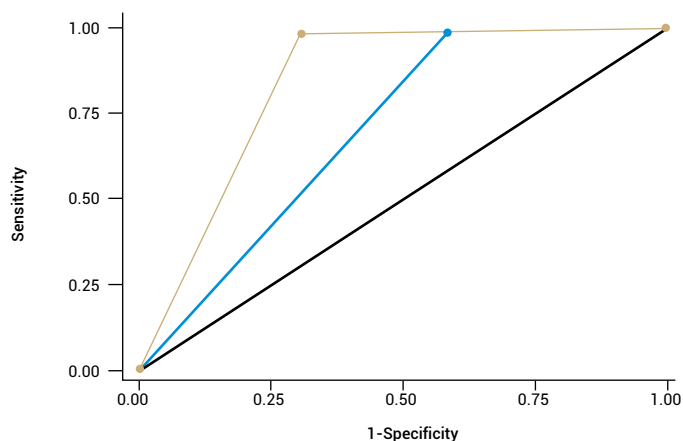
La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) es la principal causa prevenible de cáncer gástrico, con alta prevalencia en países en desarrollo como el Perú. Si bien existen métodos diagnósticos precisos, su accesibilidad en contextos con recursos limitados es restringida. El puntaje endoscópico de Kyoto y su versión modificada emergen como alternativas prometedoras para la detección rápida y costo-efectiva de infección activa por Hp.

**Objetivo:** Evaluar la sensibilidad, especificidad y rendimiento global del puntaje de Kyoto y Kyoto modificado para el diagnóstico de infección activa por Hp, utilizando la histología (hematoxilina y eosina) como estándar de referencia.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de exactitud diagnóstica realizado en 428 pacientes con dispepsia o en tamizaje de cáncer gástrico en un hospital público de Lima (2022–2024). Se excluyeron casos con erradicación previa de Hp, uso reciente de antibióticos, bismuto o uso de inhibidores de la bomba de protones, y aquellos con fotodocumentación incompleta. Ambos puntajes se aplicaron sobre imágenes endoscópicas sistematizadas, y los resultados se compararon con histología según protocolo de Sydney.

**Resultados:** La prevalencia histológica de Hp fue 78.7%. El puntaje de Kyoto mostró una sensibilidad de 98.8% y especificidad de 41.8%, mientras que el Kyoto modificado alcanzó 97.9% y 69.2%, respectivamente ( $p = 0.008$ ). El valor predictivo positivo fue significativamente mayor para el Kyoto modificado (92.2% vs. 86.3%), al igual que la precisión diagnóstica (91.8% vs. 86.7%;  $p = 0.02$ ) y el área bajo la curva (0.84 vs. 0.7;  $p < 0.05$ ).

**Conclusión:** El puntaje Kyoto Modificado demostró un desempeño superior al original, especialmente en especificidad y VPP, validando su utilidad como herramienta diagnóstica accesible para contextos sin pruebas confirmatorias inmediatas. Su implementación podría optimizar decisiones clínicas y racionalizar tratamientos en regiones de alta prevalencia de Hp.



—●— KyotoFinal ROC area: 0.7029  
—●— KyotoModifFinal ROC area: 0.8358  
— Reference

	Kyoto (95% IC)	Kyoto modificado (95% IC)	Valor p
AUC	0.7 (0.65-0.75)	0.84 (0.79-0.88)	*Chi2

KyotoFinal ROC area: 0.7029





## Terapia cuádruple optimizada con bismuto y fexuprazán en esquema de erradicación de *Helicobacter pylori*: datos chilenos en el registro latinoamericano de *H. pylori* (Hp-Latam Reg)

Camila Jure<sup>1</sup>, Diego Reyes<sup>1</sup>, Víctor Acuña<sup>2</sup>, Mauricio Morales<sup>3</sup>, Carmen Gloria Tapia<sup>3</sup>, Diego Acuña<sup>3</sup>, Laura Huidobro<sup>4</sup>, Francisca Venezian<sup>5</sup>, Daniel Martínez<sup>1</sup>, Nilton Palacios<sup>6</sup>, Ornella Tempestini<sup>7</sup>, Camila Barrientos<sup>8</sup>, Gustavo Contreras<sup>9</sup>, Sergio Sotelo<sup>10</sup>, María Jesús Fuenzalida<sup>11</sup>, Gonzalo Latorre<sup>1</sup>, Mauricio Pizarro<sup>1</sup>, Patricio Medel<sup>1</sup>, Javier Uribe<sup>1</sup>, Francisco Villarreal<sup>1</sup>, Margarita Pizarro<sup>1</sup>, Olga Perez<sup>12</sup>, Leticia Moreira<sup>13</sup>, Javier Gisbert<sup>12</sup>, Arnoldo Riquelme<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

<sup>3</sup> Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

<sup>4</sup> Departamento de Ciencias Preclínicas, Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

<sup>5</sup> Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>6</sup> Servicio de Salud del Maule, Hospital de Molina, Molina, Chile.

<sup>7</sup> Departamento de Gastroenterología, Clínica Vesalio, Curicó, Chile

<sup>8</sup> Servicio de Salud Maule, CESFAM Miguel Ángel Arenas López, Curicó, Chile

<sup>9</sup> Unidad de Gastroenterología, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

<sup>10</sup> Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

<sup>11</sup> Unidad de Gastroenterología, Hospital La Florida, Santiago, Chile

<sup>12</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España

<sup>13</sup> Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, España.

### Introducción

La infección por *Helicobacter pylori* es altamente prevalente en América Latina y se asocia con el desarrollo de gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico. La eficacia de las terapias convencionales presenta desafíos, tanto por la resistencia antimicrobiana como por la variabilidad en la supresión ácida de los inhibidores de bomba de protones (IBP). Los inhibidores competidores del potasio (PCABs) podrían ofrecer un beneficio clínico en esquemas optimizados.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de la terapia cuádruple optimizada con bismuto y fexuprazan (TCB-Fexu) durante 14 días, en comparación con la terapia triple estándar con IBP (TTE) y la terapia cuádruple optimizada con bismuto e IBP (TCB-IBP), en adultos chilenos sin tratamiento previo.

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo, basado en datos del Registro Latinoamericano de *Helicobacter pylori* (Hp-LATAMReg) con 6.196 pacientes en total, de los cuales 765 provienen de Chile, con 23 esquemas reportados. El esquema TCB-Fexu incluyó amoxicilina ajustada por peso (50 mg/kg/día cada 8 h), metronidazol 500 mg cada 8 h, bismuto 262 mg cada 8 h y fexuprazan 40 mg cada 12 h. Se utilizó un análisis por intención de tratar modificado (mITT) para evaluar las tasas de erradicación, los eventos adversos y la adherencia.

**Resultados:** Se incluyeron 88 pacientes (64% mujeres), con una edad media de 48 años. Las tasas de erradicación por mITT fueron del 96% para TCB-Fexu, 97% para TCB-IBP y 85% para TTE, sin diferencias entre TCB-Fexu y TCB-IBP ( $p=0.77$ ), siendo ambos esquemas superiores a TTE. La frecuencia de eventos adversos fue del 33%, 54% y 63% ( $p<0.001$ ), respectivamente, mayoritariamente gastrointestinales. La adherencia superó el 90% en todos los grupos ( $p=0.8$ ).

**Conclusiones:** TCB-Fexu demostró una similar tasa de erradicación que TCB-IBP, con una menor frecuencia de eventos adversos, posicionándose como una alternativa terapéutica eficaz y bien tolerada.

**Financiamiento:** FONDECYT 1230504 (AR); FONDAP 152220002 (AR).

**Tabla 1.** Comparaciones de la tasa de erradicación, eventos adversos y adherencia de TCB-IBP, TCB-Fexu y TTE.

	TCB-IBP	TCB-Fexu	TTE	Valor p
n	109	88	181	--
Tasa de erradicación por mITT	97%	96%	85%	<0,001
Tasa de eventos adversos	54%	33%	63%	<0,001
Tasa de adherencia	98%	92%	96%	0,8

IBP: Inhibidores de la bomba de protones, TCB-IBP: Terapia cuádruple con bismuto e IBP, TCB-Fexu: Terapia con cuádruple con bismuto y fexuprazan; TTE: Terapia triple estándar; mITT: Análisis por intención de tratar modificado.



## Evaluación de resultados de test de aliento para detección de *Helicobacter pylori* en centro ambulatorio de provincia del norte Chile

Camilo Bresky Gomez<sup>1</sup>, Joel Urzua Cuellar<sup>2</sup>, Felipe Aracena Arqueros<sup>2</sup>, Francisca Bugueño Carreño<sup>2</sup>, Carlos Gustavo Bresky Ruiz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile

<sup>2</sup> Universidad Católica del Norte

<sup>3</sup> Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile; Centro Clínico Mediterráneo

### Introducción

El *Helicobacter Pylori* (HP) es una de las infecciones más frecuentes en el mundo y se relaciona directamente con uno de los cánceres más letales. Su detección y erradicación es imprescindible para prevenir las muertes por cáncer gástrico. Diferentes antibióticos incluidos en los esquemas terapéuticos se asocian a tasas de erradicación muy diferentes según áreas geográficas. Por ello nos hemos evaluado los resultados de test de aliento para HP realizados en centro ambulatorio privado de una ciudad del norte de Chile.

**Objetivo:** Evaluar resultados de test de aliento y su relación con tratamientos previos.

**Método:** Estudio descriptivo y retrospectivo de resultados de test de aliento 13C ureasa (Headway®) realizados entre 02/07/2024 y el 30/04/2025 incluyendo variables recogidas de la ficha clínica electrónica de esos pacientes.

**Resultados:** 304 13C ureasa totales (25% con antecedentes de terapia (tp) HP previa registrada); 26% positivos totales; 17% positivos con tp; 81% erradicación (errad) en tp IBP+AMO+CLA; 77% errad

esquemas con AMO; 75% errad en tp con LEVO; 78% errad tp con BISMUTO; 79% errad tp con METRO. De los ptes. Con tp de segunda línea se logró errad 80% con esomeprazol vs 75% Tegoprazam.

**Conclusiones:** En la región de Coquimbo, Chile existen mayores tasas de éxito en los esquemas que incluyen tetraciclina y/o metronidazol y/o bismuto. En nuestra reducida experiencia la inclusión de PCABs en terapias de segunda línea no ofrecería beneficios. Es importante avanzar en registros locales (de centros de salud y regiones) para orientar la terapia de nuestros pacientes.



## Uso de amoxicilina en el tratamiento de infección por *Helicobacter pylori* (hp) en el Perú

Guillermo Otoya Moreno<sup>1</sup>, Henry Vargas Marcauzco<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HNGAI

### Introducción

Este estudio observacional retrospectivo evaluó la eficacia de la amoxicilina en la erradicación del HP en un entorno clínico real.

**Objetivos:** El objetivo principal fue determinar la tasa de erradicación de HP en pacientes tratados con amoxicilina, ya sea en esquema triple o cuádruple.

**Métodos:** Estudio observacional entre enero a diciembre del 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sin tratamiento previo para HP. El diagnóstico de la infección se realizó mediante histología o la prueba del aliento con carbono-13 (C13). Todos los pacientes incluidos recibieron 14 días de tratamiento con diferentes esquemas que incluían amoxicilina. La erradicación se confirmó mediante la prueba del aliento C13 o histología.

**Resultados:** De un total de 190 pacientes con infección por HP, se incluyó a 142 pacientes, 69,5% mujeres, 30,5% hombres. La mediana de la edad fue 56,5 años. Mediana del peso fue de 62 Kg. Las indicaciones clínicas fueron: Dispepsia no investigada 59,9%, Dispepsia con endoscopia normal 36,2%, Úlcera gástrica 2,3%, Úlcera duodenal 1,1%, otros diagnósticos 0,5%. El diagnóstico de HP fue por: Test del

aliento C13 65,8%, histología 34,2%. La tasa global de erradicación fue 67,6% (96 pacientes). 124 recibieron amoxicilina 2 gramos/día, 83 erradicaron HP (66,9%). 18 recibieron amoxicilina 3 gramos/día, 13 erradicaron (72,2%).

En el análisis de subgrupos 69 recibieron omeprazol con esquema de terapia cuádruple, erradicaron 50 (72,46%), 57 recibieron omeprazol con esquema de terapia triple, erradicaron 34 (59,64%). 6 recibieron esomeprazol terapia cuádruple y 2 gr de amoxicilina, los 6 erradicaron (100%), 8 que recibieron esomeprazol terapia triple 5 erradicaron (62,5%).

**Conclusiones:** La amoxicilina demostró una eficacia moderada en la erradicación de *Helicobacter pylori* en este estudio, sin que ningún esquema superara consistentemente el 80%. Estos resultados resaltan la necesidad de reevaluar el papel de la amoxicilina como tratamiento de primera línea en nuestro contexto y en entornos similares con eficacia subóptima, sugiriendo la exploración de regímenes alternativos o estrategias para optimizar los tratamientos actuales.



## Prevalencia de lesiones preneoplásicas gástricas en pacientes con infección por *Helicobacter pylori*: estudio retrospectivo en Ecuador

Francisco Cano Calderero<sup>1</sup>, Gonzalo Benalcazar Decker<sup>2</sup>, Carlos Leon Borja<sup>2</sup>, Pablo Bermeo Escudero<sup>1</sup>,  
Domenica Mackliff Ordoñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

<sup>2</sup> Hospital de Especialidades Alfredo Paulson G.

### Introducción

*Helicobacter pylori* es un factor clave en la progresión hacia el cáncer gástrico, a través de la cascada de lesiones preneoplásicas que incluye atrofia, metaplasia intestinal y displasia. En países con alta carga bacteriana como Ecuador, la identificación temprana de estas lesiones puede permitir intervenciones preventivas eficaces.

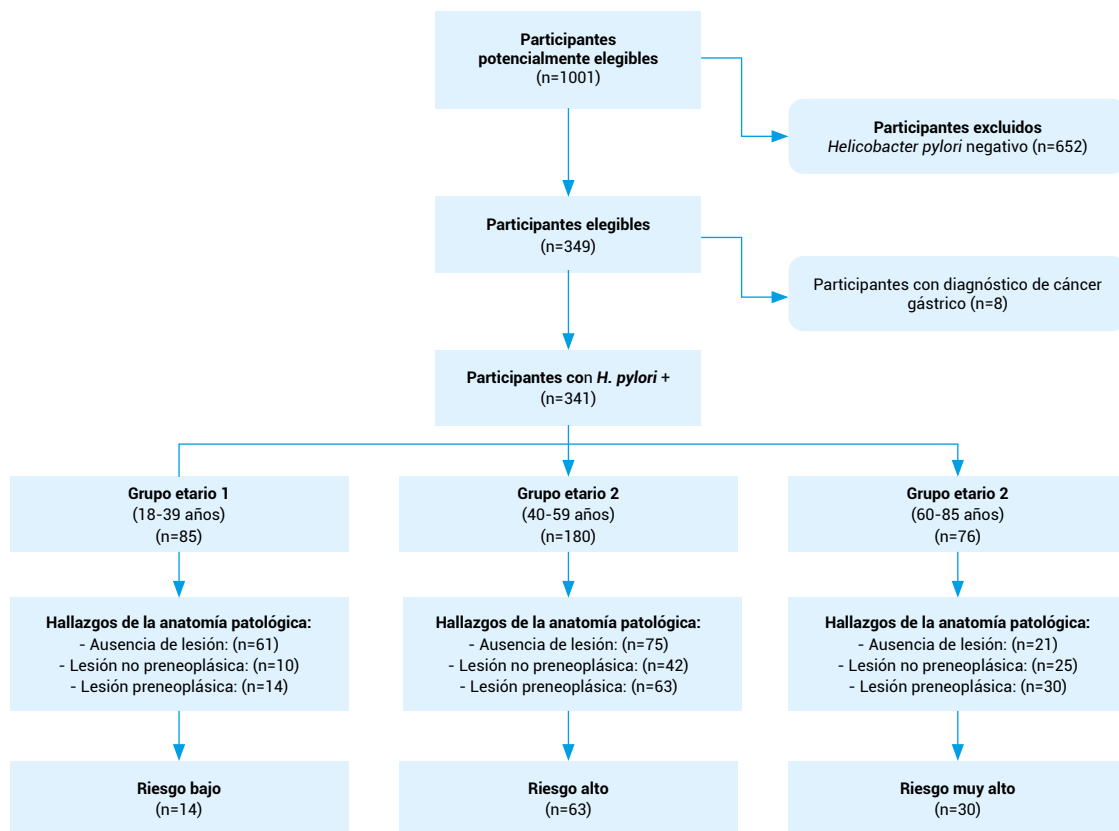
**Objetivos:** Estimar la prevalencia de lesiones gástricas preneoplásicas en pacientes con infección por *H. pylori* confirmada histológicamente.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes mayores de edad atendidos entre enero de 2024 y marzo de 2025, sometidos a endoscopia digestiva alta con biopsia gástrica. Se excluyeron quienes tuvieron resultado negativo para *H. pylori* o diagnóstico de cáncer gástrico. Se recolectaron variables clínicas, demográficas e histológicas. La variable principal fue la presencia de lesiones preneoplásicas (atrofia, metaplasia intestinal, displasia leve). Se realizó análisis descriptivo y bivariado, con clasificación etaria en tres grupos: 18–39, 40–59 y 60–85 años.

**Resultados:** Se analizaron 341 pacientes, de los cuales 107 (31.4%) presentaron al menos una lesión preneoplásica. La prevalencia fue

de 16.5% en el primer grupo, 35.0% en el segundo grupo y 39.5% en el tercer grupo. La metaplasia intestinal fue la lesión más frecuente. El motivo más común de endoscopia fue dispepsia crónica. Además, el 35.5% de los pacientes con lesiones reportó consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Aunque tanto el grupo 2 como el grupo 3 presentaron prevalencias elevadas, el grupo de mayor edad tuvo la proporción más alta de lesiones, sugiriendo un riesgo relativo superior.

**Conclusiones:** Uno de cada tres pacientes infectados por *H. pylori* presentó lesiones preneoplásicas. El riesgo aumentó con la edad, siendo mayor en pacientes de 60 años o más. Se recomienda vigilancia endoscópica y erradicación dirigida en mayores de 40 años, especialmente en mayores de 60 y usuarios crónicos de AINES.





## El papel de *Helicobacter pylori* en el riesgo de cáncer gástrico en Colombia: ¿Mutualista, simbiote, comensal o patógeno?

Kevin Andrés Guzmán Bastidas<sup>1</sup>, Arsenio Hidalgo Troya<sup>1</sup>, Alvaro Pazos Moncayo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Nariño.

### Introducción

El cáncer gástrico en Colombia presenta una distribución geográfica desigual, siendo más frecuente en la región Andina que en la costa Pacífica. Esta diferencia ha sido atribuida a los distintos roles que cumple *Helicobacter pylori* como simbiote, comensal, mutualista o patógeno dependiendo del contexto genético, inmunológico y ambiental del hospedador. Aunque la infección por *Helicobacter pylori* es un factor necesario para la carcinogénesis gástrica, no es suficiente por sí sola, ya que su comportamiento depende de factores multifactoriales.

**Metodología:** Se describió la interacción compleja entre el hospedador, respuesta inmunitaria y sus polimorfismos genéticos, *Helicobacter pylori* mediante análisis evolutivos genómicos y los factores de virulencia, para determinar si existe un proceso mutualista, simbiote, comensal o patógeno en individuos de zonas con alto y bajo riesgo en Colombia.

**Resultados:** En la costa se detectaron cepas de *Helicobacter pylori* nuevas denominadas hspColombiaPacificCoast (cagA-, s2m2), acordes con la ascendencia africana de la población. En la región andina predominó una cepa nueva, hspColombiaAndes (cagA+, s1m1), asociada a individuos de ascendencia europea y amerindia. En la costa hay un dominio de la respuesta Th2 antiinflamatoria asociada a infección por Helminths y en los Andes la Th1 proinflamatoria. Las

mutaciones IL-1B-511TT e IL-10-1082AG fueron más comunes en los Andes, elevando el riesgo de lesiones precursoras en 5,45 veces (Figura 1).

**Conclusión:** En Colombia, *Helicobacter pylori* sugiere que puede actuar como mutualista, simbiote o comensal en la costa Pacífica dependiendo de condiciones específicas, donde predominan cepas menos virulentas (hspColombiaPacificCoast), respuestas inmunes antiinflamatorias y bajo riesgo genético, explicando la baja incidencia de cáncer gástrico. En los Andes, cepas más virulentas (hspColombiaAndes) y factores genéticos e inmunológicos desfavorables lo convierten en patógeno, elevando el riesgo de cáncer y justificando su erradicación focalizada.

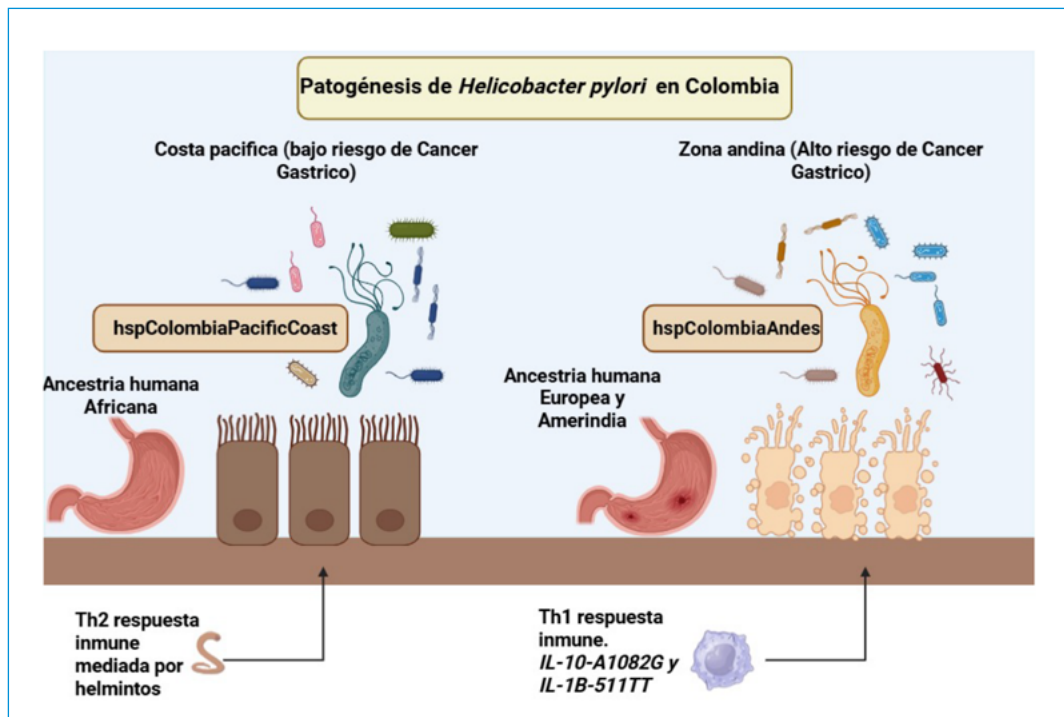


Figura 1. Rol de *Helicobacter pylori* en la patogénesis gástrica en Colombia.



## Frecuencia de uso reciente de antibióticos en pacientes con diagnóstico de *Helicobacter pylori* que van a iniciar un tratamiento de erradicación en un hospital del Cono Sur de Lima, Perú

Alberto Zolezzi Francis<sup>1</sup>, Mariela Saavedra Farach<sup>1</sup>, Rossana Franco Vásquez<sup>2</sup>, Roxana Gallegos López<sup>3</sup>, Kevin Evaristo Diestra<sup>1</sup>, Moisés Suarez Acosta<sup>1</sup>, Luis Miguel Álvarez B<sup>1</sup>, Eddson Méndez Villafuerte<sup>1</sup>, Fiorela Rengifo<sup>1</sup>, Alejandro Barrantes Pérez<sup>1</sup>, Edgar Morisaca F<sup>1</sup>, Vania Arca Gutiérrez<sup>1</sup>, Oscar Ponce de León Molina<sup>1</sup>, Diego Rosales<sup>1</sup>, Ismael García<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Gastroenterología, Hospital María Auxiliadora.

<sup>2</sup> Coordinadora del Servicio de Gastroenterología.

<sup>3</sup> Jefa del Departamento de Medicina Especialidades; Servicio de Gastroenterología, Hospital María Auxiliadora.

### Introducción

La presencia de *Helicobacter pylori* (Hp) en pacientes con gastritis crónica y otras enfermedades ácido-pépticas es un factor importante en la persistencia de estas molestias y su erradicación es necesaria para el control de estas afecciones. En los últimos años el porcentaje de fallas en el tratamiento ha aumentado considerablemente debido a la resistencia antibiótica. Si bien, lo óptimo sería realizar pruebas de resistencia bacteriana, esto a nivel de población de escasos recursos es impracticable por lo que se postula que una historia previa de consumo reciente de antibióticos podría ayudar a buscar el esquema antibiótico que se adecue mejor a cada paciente.

**Objetivo:** Averiguar con un cuestionario sencillo el historial de consumo reciente de antibióticos de los pacientes con Hp+ que están por iniciar su tratamiento; y describir la frecuencia de uso previo, el motivo y número de días consumidos.

**Métodos:** Llenado de encuesta con preguntas acerca de consumo de antibióticos, nombre genérico y/o comercial del antibiótico, días de toma; y causa de la indicación del antibiótico.

**Resultados:** Entre el 1 de diciembre de 2024 y 10 de junio de 2025; completaron el cuestionario 122 pacientes de 18 años a más. 93(76%) fueron mujeres y 29(24%) varones. la media de edad general fue: 51,7 años. De los 122 pacientes que recibieron el tratamiento contra el Hp por primera vez; 111 (91%) contestaron a la encuesta. 53 (47,7%) de los encuestados respondieron en forma afirmativa que tomaron antibióticos en los 12 meses previos al tratamiento anti-Hp. 36 (68%) lo hicieron en solo una ocasión y 17 (32%) tomaron antibióticos

en más de una ocasión. Solo 25 (47%) recordaron el nombre del antibiótico tomado. La causa más frecuente de toma de antibióticos fue: Infecciones respiratorias altas; 30/73 (41%); infección urinaria en 17 (23%), diarrea en 15 (20,5%) diarrea y en 11 (15%) por otras causas. La toma de antibióticos fue de 2-4 días en 24(48%), 5-7d 15(30%), 1d 8(16%) y +de 7d 3(6%). Los antibióticos más recordados son Amoxicilina 8/30 (26,6%), luego Trimetoprim/sulfametoxazol 20%, Azitromicina 16,6%, Amoxicilina/Ácido clavulánico 13,3%.

**Conclusiones:** 47,7% de los pacientes que van a iniciar un tratamiento contra el Hp; han tenido consumo reciente de antibióticos. 52,8% no recuerdan el nombre del antibiótico tomado. La causa por la que han tomado los antibióticos si esta reportada. Este estudio resalta la importancia de saber el historial previo de toma de antibióticos, para elegir el mejor esquema de tratamiento anti-Hp; en zonas de alta resistencia antibiótica del Hp.



## Farmacorresistencia de *Helicobacter pylori* en Colombia

Kevin Andrés Guzmán Bastidas<sup>1</sup>, Arsenio Hidalgo Troya<sup>2</sup>, Alvaro Pazos Moncayo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Nariño

### Introducción

*Helicobacter pylori* es una bacteria gramnegativa microaerófila que coloniza la mucosa gástrica y está asociada a enfermedades como gastritis crónica, úlcera péptica y adenocarcinoma gástrico. En Colombia, la elevada prevalencia de la infección y las diferencias regionales en la incidencia de cáncer gástrico han impulsado investigaciones sobre la resistencia antimicrobiana y la adaptación genómica de esta bacteria. La disminución en la eficacia de la terapia triple ha sido atribuida al uso indiscriminado de antibióticos y al desconocimiento de los patrones locales de resistencia.

**Metodología:** Para caracterizar la farmacorresistencia de *Helicobacter pylori* en Colombia, se realizó una revisión sistemática de literatura y se analizaron 223 genomas completos de *Helicobacter pylori* mediante herramientas bioinformáticas. Se identificaron mutaciones en genes clave: 23S rRNA (claritromicina), 16S rRNA (tetraciclina), *pbp1A*, *pbp3* (amoxicilina), *gyrA* y *gyrB* (levofloxacina), *rdxA* y *frxA* (metronidazol), *rpoD* (rifampicina) y *porD* (furazolidona). También se llevó a cabo un análisis filogenómico utilizando 1,594 genes del genoma de referencia 26695 de *Helicobacter pylori*.

**Resultados:** El análisis estadístico reveló que el metronidazol presentó la resistencia más alta (media: 84,6%; mediana: 79,8%), comprometiendo su uso clínico. Claritromicina y tetraciclina mostraron resistencia baja-

moderada con distribuciones asimétricas (claritromicina: media 14,9%, mediana 8,2%; tetraciclina: media 24,6%, mediana 5,42%), sugiriendo subpoblaciones altamente resistentes. Amoxicilina y levofloxacina mostraron resistencia moderada, mientras que furazolidona y rifampicina tuvieron las tasas más bajas (1,27% y 0%).

**Conclusiones:** Metronidazol debería ser excluido de los esquemas de primera línea. Claritromicina y tetraciclina aún son viables con pruebas previas de susceptibilidad. Rifampicina y furazolidona emergen como terapias de rescate prometedoras. El linaje filogenético *hspColombia* representa una unidad evolutiva clave para adaptar estrategias terapéuticas locales para Colombia.



## Microevolución de los genes *vacA* y *alpA* de *Helicobacter pylori* en regiones colombianas con distinto riesgo de cáncer gástrico

Kevin Andrés Guzmán Bastidas<sup>1</sup>, Arsenio Hidalgo Troya<sup>1</sup>, Alvaro Pazos Moncayo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Nariño.

### Introducción

*Helicobacter pylori* es una de las bacterias más antiguas asociadas al ser humano y puede inducir inflamación crónica que evoluciona hacia cáncer gástrico. Durante la colonización del continente americano, la mezcla genética entre poblaciones humanas europeas, africanas y nativas americanas también implicó una mezcla de cepas de *Helicobacter pylori*, lo cual generó una diversidad microevolutiva que aún persiste en regiones como Colombia.

**Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo analizar la evolución de los genes de virulencia *vacA* y *alpA* de *Helicobacter pylori* en aislados colombianos provenientes de zonas con alto y bajo riesgo de cáncer gástrico, para entender su papel en la colonización, virulencia y adaptación bacteriana.

Se incluyeron 242 aislados de *Helicobacter pylori* con distintos ancestros evolutivos. El análisis filogenético se realizó con PhyML v3.0 utilizando 1000 réplicas bootstrap y el modelo GTR+G+I. Las secuencias de los genes *vacA* y *alpA* fueron alineadas con la cepa de referencia 26695. Se emplearon herramientas como MODELLER y PyMol para la modelación estructural y análisis inmunológico, así como el algoritmo MEME para detectar selección positiva.

**Resultados:** Los resultados mostraron linajes independientes de *H. pylori* en Colombia (*hspColombia*), además de la presencia de

cepas relacionadas con ancestros europeos (*hpEurope*), africanos (*hspWAfrica*, *hspAfrica2*) y nativos americanos (*hspAmerindian*), especialmente en zonas de alto riesgo de cáncer. Se identificaron regiones inmunogénicas del gen *vacA* sometidas a presión selectiva positiva, lo cual sugiere una evasión estructural frente al sistema inmune del huésped. Asimismo, la microevolución del gen *alpA* sugiere favorecer la adherencia al epitelio gástrico en poblaciones de alto riesgo de cáncer gástrico.

**Conclusión:** la coevolución entre *H. pylori* y el hospedador humano ha generado nuevas variantes bacterianas en Colombia, posiblemente asociadas a una mayor capacidad de colonización y riesgo elevado de cáncer gástrico en ciertas regiones del país.



# Abstracts

Parte 3: Gastroenterología General

Parte 2:  
*Helicobacter pylori*

Parte 4:  
Endoscopia terapéutica



## Características clínicas y endoscópicas de pacientes con sarcoma de Kaposi gastrointestinal atendidos en un hospital de tercer nivel del Perú durante el 2020 al 2025

Brendy Isabel Santiago Ullero<sup>1</sup>, Mayumi Tacuri Arque<sup>1</sup>, Sonia Damian Pizarro<sup>1</sup>, Jose Villalva<sup>1</sup>, Carlos García<sup>1</sup>, Claudia Alvizuri<sup>1</sup>, Lidia Benites<sup>1</sup>, Luis Flores<sup>1</sup>, Paul Gomez<sup>1</sup>, Eloy Puente de la Vega<sup>1</sup>, Alvaro Bellido<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Cayetano Heredia.

### Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular asociado a la infección del Virus Herpes Humano tipo 8 (VHH-8), siendo la más común en pacientes con SIDA. Las lesiones cutáneas son muy características, sin embargo, pueden estar ausentes e involucrar al tracto gastrointestinal. En nuestro medio, el 26% de los pacientes con SK, presentan afectación gastrointestinal, siendo importante describir las características clínicas y endoscópicas debido a la escasa evidencia actual.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y endoscópicas de los pacientes con SK gastrointestinal.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se revisó historias clínicas, reportes endoscópicos e informes de patología de los pacientes con SK gastrointestinal que ingresaron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Cayetano Heredia durante el periodo de enero del 2020 a febrero del 2025.

**Resultados:** Se evaluaron a 24 pacientes con SK gastrointestinal, con una media de 39 años, 92% fueron varones y 83% de los pacientes tenía antecedente de VIH previo. El 38% de los pacientes presentó sintomatología previa al diagnóstico de SK. Posterior al estudio

endoscópico, el 46%, 40% y 14% presentó lesiones eritematosas violáceas, polipoides y úlceras, respectivamente. El 50% presentó lesiones en  $\geq 2$  ubicaciones del tracto gastrointestinal, siendo el estómago con 35%, el más frecuente. Además, el 46% presentó compromiso cutáneo y el 8% compromiso pulmonar. El 71% recibió quimioterapia con plitaxel y el 13% de los pacientes falleció.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes evaluados fueron varones adultos con CD4 < 200. Además, se evidenció > de 1 tipo de lesión en el estudio endoscópico en  $\geq 2$  ubicaciones del tracto gastrointestinal. La mortalidad de los pacientes al final del estudio fue de 12,5%.

**Palabras clave:** Sarcoma de Kaposi, infecciones por VIH, endoscopia.

**Tabla 1.** Características clínicas y endoscópicas de los pacientes con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi

	N	%
Edad		
20 - 29	8	33%
30 - 44	8	33%
45 - 59	6	25%
> 60	2	8%
Sexo		
F	2	8%
M	22	92%
Comorbilidades previas		
Sí	12	50%
No	10	42%
VIH		
Sí	20	83%
No	4	17%
Tiempo de dx de VIH hasta la aparición de SK		
< 12 meses	6	30%
$\geq 12$ meses	14	70%
Uso de TARV		
No	13	65%
Sí	7	35%
CD4		
> 500	0	0%
200 - 499	1	5%
< 200	8	40%
No registrado	11	55%
CV		
< 100 000 copias	8	40%
$\geq 100 000$ copias	1	5%
No registrado	11	55%

Continúa Tabla 1.

	N	%
Síntomas TGI previos		
Sí	9	38%
No	10	42%
No registrado	5	21%
Órganos involucrados		
Piel	11	46%
TGI	24	100%
Pulmón	2	8%
Uso de QT		
Sí	17	71%
No	7	29%
Muerte		
Sí	3	13%
No	21	88%
Características endoscópicas		
Tipo de lesión		
Eritema	16	46%
Polipoidea	14	40%
Úlcera	5	14%
Ubicación		
Cavidad oral	2	4%
Esófago	3	6%
Estómago	18	35%
ID	8	15%
IG	12	23%
Recto	9	17%





## BRCA2, ATM, RUNX1, and POT1 genes germinal pathogenic variants in Chilean hereditary gastric cancer families

Graciela Molina Fuentes<sup>1</sup>, Ana Estrada Florez<sup>2</sup>, Paul Lott<sup>2</sup>, Carol Parra Ibarra<sup>3</sup>, Osvaldo Torres Rodríguez<sup>4</sup>, José Miguel Martínez González<sup>5</sup>, Cedric Adelsdorfer Orellana<sup>6</sup>, Glyn Llewelyn Rubilar<sup>6</sup>, Alejandro Corvalán Rodríguez<sup>7</sup>, Luis Carvajal Carmona<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Chile.

<sup>2</sup> The Health Equity Leadership, Science, and Community Research Laboratory, Genome Center, University of California

<sup>3</sup> Laboratorio de Investigación en Nutrición y Alimentos (LINA), Departamento de Salud, Comunidad y Gestión, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Playa Ancha.

<sup>4</sup> Hospital Regional Doctor Guillermo Grant Benavente. Servicio de Salud Concepción.

<sup>5</sup> Hospital Doctor Eduardo Pereira. Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

<sup>6</sup> Hospital Doctor Gustavo Fricke. Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

<sup>7</sup> Departamento de Hematología y Oncología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile and Advanced Center for Chronic Diseases.

### Introduction

Hereditary Gastric Cancer (GC) represents 10% of all GC cases. The CDH1 gene is the most frequently mutated in hereditary GC (HGC). Only one hereditary diffuse GC (HDGC) Chilean family with a pathogenic CDH1 variant has been reported, suggesting a low frequency of pathogenic variants in this population.

**Aim:** This study aims to search for pathogenic/likely pathogenic (P/LP) germinal variants in the DNA of 35 Chilean early-onset GC patients DNA.

**Methods:** Whole-exome sequencing was performed using the Agilent SureSelect Human All Exome V7 kit and sequenced in a NovaSeq6000. Alignment and variant calling were performed using Dragen v3.8. Variant calls were re-calibrated using GATK v4 and annotated with Illumina Nirvana and Annovar. The index patients' and relatives' genotyping was performed using PCR and Sanger sequencing.

**Results:** Four P/LP germinal variants were found. A BRCA2 variant (c.4740\_4741dup NP\_000050.3:p.Glu1581fs) was identified in a patient with metastatic diffuse GC. His mother had breast and gastric cancer. This variant was previously described in Chilean hereditary breast cancer patients. An ATM gene variant (c.3381\_3384del, NP\_000042.3:

p.Gln1128fs) was identified in a family with three GC-affected subjects, including the index patient and both parents. A Runt-related transcription factor 1 variant (RUNX1, c.1270T>G: p.Ser424Ala) was found in three independent cases. A Protector of Telomers 1 (POT1, 1087C>T: p.Arg363Ter) gene variant was identified in a family with several GC cases, including the index patient (47 years old), two of her children (who died at 24 years old), both maternal grandparents, and one maternal uncle. All families show an incomplete penetrance and multi-organ cancer. Our study is the first to report RUNX1 and POT1 gene P/LP variants in HGC. RUNX1 has been reported in hereditary myeloid malignancies, and POT1 in hereditary colorectal cancer. Beca Chile Postdoctorado 74190063, CONICYT-FONDAP 15130011 / ANID-FONDAP apoyo 1523A0008, NIH R01CA223978, R21CA199631, U54CA233306, and P30CA093373.



## Uso de la gastrostomía en pacientes con disfagia post-accidente cerebrovascular: estudio retrospectivo

Luis Mendez Alcaman<sup>1</sup>, Cesar Serrano Sousa<sup>1</sup>, Olivia Sanhueza Neira<sup>2</sup>, Camila Paz Diez<sup>2</sup>, Astrid Haleby<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de endoscopia digestiva. HOSPITAL PADRE HURTADO. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

<sup>2</sup> Fonoaudióloga, HOSPITAL PADRE HURTADO. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

### Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial. La disfagia orofaríngea es una de las secuelas frecuentes en la fase aguda. La instalación de gastrostomía percutánea endoscópica (GTT) es una alternativa de soporte nutricional. Sin embargo, las indicaciones pueden variar dependiendo de factores clínicos, culturales y prácticos. Este estudio busca describir características clínicas y evolución a largo plazo de pacientes con GTT y disfagia post ACV en un centro terciario de Santiago de Chile.

**Métodos:** Se revisó registros de la Unidad de Fonoaudiología y endoscopia del Hospital Padre Hurtado entre 2021-2025. Se seleccionaron pacientes adultos con diagnóstico de ACV y Disfagia, que requirieron GTT. Se recopilaron datos sociodemográficos, estado neurológico (NIHSS de ingreso), tiempo de uso de GTT, complicaciones y mortalidad. Los análisis estadísticos fueron realizados en software R versión 4.3.2.

**Resultados:** 49 pacientes requirieron GTT. Edad 70,9 ± 19,9 años, 57,1% de sexo masculino. El 81,6% (n=40) eran mayores de 65 años. La mediana de puntaje NIHSS de ingreso fue 18 puntos (RIQ=11), 63,3% NIHSS ≥15 y 31% ≥20 puntos. El 93% presentaba una enfermedad

crónica y 40% antecedente de ACV previo. El 53% con desnutrición o riesgo nutricional. La mediana de tiempo de uso de GGT fue 423 días. La complicación más frecuente fue la infección del ostoma. Se observó una mortalidad a 3 meses de 20,4%, el 40% de los fallecidos presentaron al menos una complicación.

**Conclusiones:** El estudio demuestra que los pacientes en quienes se indicó gastrostomía tenían edad avanzada, alta comorbilidad y daño neurológico severo. La elevada mortalidad antes de tres meses sugiere que se deben revisar los criterios de indicación de GTT y generar protocolos especiales para pacientes en esta condición.



## Análisis de interconsultas al servicio de gastroenterología en un hospital público: evaluación de pertinencia y oportunidad diagnóstica

Catalina Farias Aqueveque<sup>1</sup>, Elizabeth Arriagada Hernandez<sup>1</sup>, Veronica Silva Figueroa<sup>1</sup>, Fernanda Matamala Gonzalez<sup>1</sup>, Patrick Sadler Spencer<sup>1</sup>, Therius gelin<sup>1</sup>, Carla Neira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital San Borja Arriaran.

### Introducción

Las interconsultas dirigidas al Servicio de Gastroenterología constituyen una herramienta fundamental para el abordaje diagnóstico y terapéutico oportuno de diversas patologías digestivas en el entorno hospitalario. Su adecuada gestión impacta directamente en la calidad asistencial, la eficiencia en la atención y la coordinación interdisciplinaria.

#### Objetivos:

- Analizar las características de las interconsultas recibidas durante el período evaluado.
- Identificar los principales motivos de derivación y su pertinencia clínica.
- Evaluar tiempos de respuesta y detectar oportunidades de mejora en proceso de atención.

#### Método y Resultados:

Estudio retrospectivo, donde se revisaron 45 días de registros clínicos, con recepción de 592 interconsultas al Servicio de Gastroenterología. Fueron analizadas y priorizada por especialistas gastroenterólogos, analizando registro digital del centro de salud.

Edad promedio consultante: 57 años (16 – 93 años), predominio mujeres. Observando una prioridad alta solicitud: 261 casos (44%).

Los motivos más frecuentes de evaluación: Manejo por especialistas 414 (70%), solicitud examen endoscópico: 149 (25%), resolución con endoscopia terapéutica: 28 (5%).

Las solicitudes fueron realizadas: Atención primaria: 435 (73%) Medicina Interna 21 (3,5%), Urgencias 50 (8,5%). Los motivos más frecuentes derivación: Dolor abdominal etiología no clara 132 (22%), reflujo gastroesofágico 95 (16%), dispepsia 29 (5%), Estudio hemorragia digestiva 28 (4,7%) Disfagia: 22 (3,7%), Estudio diarrea crónica 17 (2,9%) Evaluación enfermedad hepáticas 46 (7,7%)

El tiempo promedio respuesta de solicitud: 8,67 días, observando del total de solicitudes 482 (81%) fueron clínicamente pertinentes. Sin embargo, 109 (18%) de los casos se identificó falta de información clínica relevante, lo que dificultó la priorización oportuna de los casos.

**Conclusión:** Los resultados subrayan la necesidad de reforzar criterios derivación mediante elaboración de guías prácticas y sesiones de retroalimentación con equipos clínicos. Asimismo, se sugiere implementar herramientas digitales que faciliten una mejor estructuración de la información clínica en las solicitudes, que permitan optimizar la calidad y eficiencia del proceso de interconsulta



## Inequidad social: mayor diagnóstico de cáncer colorrectal en pacientes afiliados al sistema de salud público. Experiencia en un centro terciario de Latinoamérica

Camila Estay Hernández<sup>1</sup>, Daniela Simian Marín<sup>1</sup>, Pablo Muñoz Dimitrov<sup>1</sup>, Zoltán Berger Fleiszig<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universidad de Chile.

### Introducción

En Chile, el cáncer colorrectal (CCR) ha demostrado una marcada inequidad socioeconómica, con respecto al sistema previsional de salud y la sobrevivida a 5 años siendo 64% en el sistema privado y del 31% en el grupo de menores ingresos del sistema público.

**Objetivo:** Describir la población que se somete a colonoscopia y comparar los hallazgos según sistemas de salud.

**Métodos:** Estudio transversal exploratorio realizado en pacientes consecutivos que se sometieron a una colonoscopia (marzo-octubre 2023) en un centro terciario privado. Utilizando registro REDCap®, se consideraron variables sociodemográficas, hallazgos colonoscópicos (alto riesgo: >10 pólipos, >10 mm, lesiones con extensión lateral y tumor) y biopsias (alto riesgo: adenoma con displasia de alto grado, componente veloso, pólipo serrado y adenocarcinoma). Se compararon los resultados entre sistema público y privado. Significancia estadística con  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 1522 pacientes, mediana de edad de 62 años (rango 51-70) y 65% mujeres. De ellos, 975 (64%) eran del sistema público, 428 (28%) del sistema privado. Los pacientes del

sistema privado eran significativamente más jóvenes, con menos comorbilidades y mayor nivel educativo. En el sistema público hubo más frecuencia de sintomatología. No hubo diferencias en los aspectos técnicos del procedimiento, 97% de intubación cecal y adecuada preparación. Aunque ambos grupos presentaron tasas similares de detección de adenomas (37%) y lesiones de alto riesgo (8%), se encontraron diferencias significativas en los 43 pacientes (3%) con diagnóstico de CCR. De ellos, 37 (86%) pertenecían al sistema público y 6 (13%) al privado (Odds Ratio 2.77, IC95% 1.16–6.62,  $p = 0.022$ ).

**Conclusión:** Los pacientes que se someten a colonoscopia presentan diferencias clínicas dependiendo del sistema de salud. En el sistema público, la indicación se basa predominantemente en síntomas gastrointestinales y el CCR se detectó con mayor frecuencia en este grupo.

**Tabla 1.** Comparación entre pacientes con seguro de salud público y privado (n = 1403).

Variable	Seguro público (n = 975; 64%)	Seguro privado (n = 428; 28%)	Valor p
Edad (mediana; RIC)	62 (51 – 70)	59 (49 – 67)	0,0002
Sexo (n, %)			< 0,0001
Femenino	664 (68%)	249 (58%)	
Masculino	311 (32%)	179 (42%)	
Nivel educativo (n, %)			< 0,0001
Sin escolaridad o primaria	235 (24%)	22 (5%)	
Secundaria	377 (39%)	88 (21%)	
Superior	359 (37%)	318 (74%)	
Comorbilidades (n, %)			
Diabetes	166 (17%)	53 (12%)	0,027
Hipertensión	432 (44%)	140 (33%)	< 0,0001
Obesidad	237 (24%)	88 (21%)	0,126
Tabaquismo	155 (16%)	69 (16%)	0,916
Indicación de colonoscopia (n, %)			
Tamizaje	249 (26%)	141 (33%)	0,004
Síntomas de alto riesgo	207 (21%)	63 (15%)	0,004
Seguimiento por CCR	29 (3%)	29 (7%)	0,001
Pólipos previos	100 (10%)	49 (11%)	0,505
Enfermedad Inflamatoria Intestinal	50 (5%)	33 (8%)	0,059
Médico que indica colonoscopia (n, %)			< 0,0001
Médico general	266 (27%)	71 (17%)	
Médico especialista	212 (22%)	126 (29%)	
Gastroenterólogo o proctólogo	494 (51%)	231 (54%)	
Hallazgos colonoscópicos (n, %)			
Lesión de bajo riesgo	541 (55%)	249 (58%)	0,350
Lesión de alto riesgo	97 (10%)	35 (8%)	0,295
Cáncer colorrectal (CCR)	31 (3%)	5 (1%)	0,028
Hallazgos histológicos (n, %)			
Pólipo hiperplásico exclusivamente	136 (14%)	74 (17%)	0,106
Adenoma con displasia de bajo grado	286 (29%)	122 (28%)	0,753
Lesión de alto riesgo (displasia de alto grado, componente veloso, pólipo serrado)	79 (8%)	35 (8%)	0,962
CCR	37 (4%)	6 (1%)	0,017



## Mortalidad por cáncer gástrico en Perú: desafíos pendientes luego de la pandemia por COVID-19

Harold Eduardo Benites Goñi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad San Ignacio de Loyola.

### Introducción

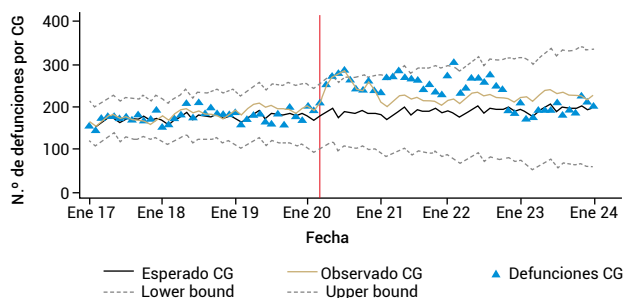
El cáncer gástrico (CG) representa la principal causa de muerte por cáncer en el Perú. La pandemia por COVID-19 generó una crisis sanitaria sin precedentes, con posibles repercusiones en el diagnóstico y tratamiento oportuno del CG.

**Objetivos:** Evaluar la variación en la mortalidad por CG en el Perú mediante un análisis temporal, comparando los períodos pre-pandemia, pandemia y post-pandemia. Asimismo, identificar patrones geográficos y temporales que orienten futuras estrategias de control.

**Métodos:** Se realizó un análisis de series de tiempo interrumpido utilizando datos del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) entre 2017 y 2023. Se compararon tres períodos: pre-pandemia (2017–2019), pandemia (2020–2021) y post-pandemia (2022–2023), empleando modelos de regresión segmentada y de Poisson ajustados por estacionalidad y sobredispersión.

**Resultados:** Durante la pandemia, la mortalidad por CG aumentó significativamente: 2927 fallecimientos en 2020 (incremento del 39% respecto al período pre-pandémico) y 3074 en 2021 (118% más que el promedio de 2017–2019). Aunque en 2022 y 2023 se evidenció una reducción progresiva de muertes, estas no retornaron a niveles pre-pandémicos. A nivel mensual y trimestral, se observaron picos importantes de defunciones durante el segundo y tercer trimestre de 2020 y a lo largo del 2021.

**Conclusiones:** La pandemia por COVID-19 se asoció a un incremento sostenido de la mortalidad por CG en el Perú, probablemente debido al retraso en el diagnóstico y tratamiento. Pese a una mejora en los años posteriores, persisten niveles elevados de mortalidad. Se requiere fortalecer los sistemas de detección temprana y garantizar el acceso oportuno a tratamiento oncológico, especialmente en regiones fuera de Lima.





## Primeras evidencias morfológicas de enteritis en cubanos fallecidos con COVID-19

Felipe Neri Piñol Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Nacional de Cirugía de mínimo acceso.

### Introducción

La pérdida de la integridad de la barrera intestinal a causa de la acción de diversos agentes en la luz y en la pared del órgano, desencadena una respuesta inflamatoria responsable de su disfunción y de manifestaciones locales y sistémicas graves.

**Objetivo:** presentar los resultados del estudio histológico de fragmentos de íleon terminal provenientes de autopsias de fallecidos con COVID-19.

**Material y métodos:** Análisis de las historias clínicas y fragmentos de íleon de fallecidos para estudio histológico convencional e inmunohistoquímico con anticuerpo para la proteína de la nucleocápside de SARS CoV-2. Resultados; por primera vez se muestra ileitis en fallecidos con COVID-19 y antígenos SARS CoV2 en la mucosa lo cual puede estar íntimamente relacionado con la permeación hacia la circulación de agentes tóxicos, yasean químicos, bacterianos o moléculas de señalización, relacionados con la evolución hacia la

gravedad de la infección por SARS CoV2. Se presenta un paciente con diagnóstico de colitis ulcerosa que luego de la COVID-19 se ha tornado resistente al tratamiento convencional para la misma. En interconsulta con psiquiatría se concluye que el paciente tiene historia anterior de ser portador de un trastorno de ansiedad generalizado con ataques de pánico.

**Conclusión:** las alteraciones histológicas observadas demuestran el daño de la barrera intestinal lo cual debe tenerse en cuenta en los casos con enfermedad inflamatoria intestinal con COVID-19, ya sea agudo o prolongado.



## Ácidos biliares e íleon terminal: emergencia clínica

Felipe Neri Piñol Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso.

### Introducción

El íleon terminal conforma el eje microbiota-hepatobiliar-intestinal-cerebro y controla la absorción de nutrientes, la microbiota intestinal, la tolerancia inmune, el metabolismo de los ácidos biliares, entre otras funciones. Unido a los ácidos biliares como moléculas de señalización mantiene la integridad anatómica y funcional digestiva y extradigestiva, lo que justifica que la distorsión ácidos biliares/íleon terminal sea una emergencia clínica.

**Objetivo:** exponer los fundamentos teóricos-biomoleculares de los efectos tóxicos de los ácidos biliares que causan disfunción ileal lo que justifica su emergencia clínica. Material-método: se realizó una revisión sistemática de los ácidos biliares-ileitis-colitis reportados en sitios Web (PubMed, SciELO, Lilacs, y Elsevier), entre 1990 a 2025, que aportaron los mecanismos biomoleculares que pudieran constituir el fundamento teórico que vincula los efectos tóxicos de los ácidos biliares, el desequilibrio del eje en el preludeo de la gravedad de diversas entidades como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

**Resultados:** se describen los mecanismos biomoleculares reportados hasta la fecha. Se presenta la experiencia cubana de la determinación de ácidos biliares totales en heces.

**Conclusiones:** la revisión aporta que los ácidos biliares son una emergencia clínica en la enfermedad inflamatoria intestinal, como biomarcadores pronósticos y de terapéutica para prevenir la disfunción intestinal, extradigestiva y la intolerancia inmune. Se recomienda nuevas intervenciones terapéuticas que intencionadamente protejan la integridad y promueven la reparación de la barrera intestinal, asociadas a los tratamientos convencionales de la misma.



## Colitis eosinofílica: una serie de casos y revisión de la literatura

William Rafael Aybar Pol<sup>1</sup>, Argelia Aybar Muñoz<sup>2</sup>, Luisa Maria Aybar mejia<sup>3</sup>, Vahid Nouri Kandany<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Clínica Bonilla.

<sup>2</sup> MEDIPATH.

<sup>3</sup> Hospital Universitario Calixto García.

<sup>4</sup> Universidad UASD.

### Introducción

La colitis eosinofílica primaria en adultos es considerada una enfermedad poco frecuente, pero probablemente subdiagnosticada. Por lo que un porcentaje importante de estos enfermos se enfrentan a un retraso en el diagnóstico y por tanto reciben una atención inadecuada., ya que no se ha establecido una diferencia clara entre lo normal y lo patológico. Además de la falta de conocimientos sobre los estándares, entre gastroenterólogos y anatomopatólogos.

**Método:** Presentamos un estudio retrospectivo, que incluyó las biopsias de colon de 180 pacientes de diferentes centros hospitalarios de Santiago, República Dominicana, abarco los años de 2022-2024. Incluimos todos los casos con diagnósticos histopatológicos de colitis eosinofílica y seleccionamos solo aquellos con ese diagnóstico. Reportamos los hallazgos clínicos, endoscópicos, e histopatológicos. Hicimos una revisión de la literatura.

**Resultados:** Identificamos 23 casos de CE primaria, la mayoría de los pacientes eran mujeres 80%. Edad media 41 años, 4 pactes tenían coexistencia de enfermedades alérgicas. La mayoría consulto, por alteración de hábitos intestinales 90%. 18% sangrado rectal. Algunos también reportaron fuerte dolor abdominal. Eosinofilia periférica en

pocos casos. La mayoría no tenía lesiones endoscópicas 90%. Un caso con lesiones sugestivas de IBD, 2 con colitis inespecífica. El número de eosinófilos en biopsias vario de 16 a más de 100 por campos, la mayoría en lamina propia, algunos con signos de activación eosinofílica. La mayoría de pactes fueron tratados con esteroides, dietas y mesalazina. No se reportaron complicaciones.

**Conclusiones:** CE, es de patogénesis y de etiología desconocida, muy probablemente subdiagnosticada, muchas veces los síntomas se confunden con los de IBS. los hallazgos clínicos, endoscópicos y de imágenes son inespecíficos, y no hay criterios histopatológicos claros. La identificación de signos de activación eosinofílica y de otras células inflamatorias en las biopsia de colon podrían ser útiles.



## Etiological profile of organic lesions associated with esophageal food impactions: a study of 50 cases

Asmaa el Azhari<sup>1</sup>, Zineb Boukhal<sup>1</sup>, FZ el Rhaoussi<sup>1</sup>, Mohamed Tahiri<sup>1</sup>, Fouad Haddad<sup>1</sup>, Wafaa Hliwa<sup>1</sup>, Ahmed Bellabah<sup>1</sup>, Wafaa Badre<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hepato-Gastro-Enterology Service, CHU IBN ROCHD.

### Introduction

The esophagus is the most commonly affected site for foreign body impaction, primarily food impactions. These are often due to esophageal motility disorders or underlying anatomical abnormalities but may also occur in the presence of a tumor, peptic esophagitis, or eosinophilic esophagitis.

**Objective:** To identify and describe the different underlying organic lesions observed during esophagogastroduodenoscopy (EGD).

**Patients and methods:** This is a retrospective and descriptive study conducted in our gastroenterology department. It includes 50 patients who underwent EGD for esophageal food impaction over a period of 5.5 years, from January 2018 to June 2024.

**Results:** The mean age of our patients was 50.7 years (range: 17-80 years), with a clear male predominance (male-to-female ratio = 2.3). EGD findings revealed 17 cases of peptic esophagitis (34%), 8 cases of regular esophageal strictures (16%), 5 cases of ulcerated proliferative esophageal lesions highly suspicious for malignancy (10%), 3 cases of Schatzki rings (6%), 2 cases of esophageal candidiasis (4%), and 1 case

of multiple esophageal diverticula (2%). No organic abnormalities were detected in 14 patients (28%). Esophageal biopsies were systematically performed to screen for eosinophilic esophagitis.

Food impactions resolved spontaneously in 20% of cases, were endoscopically extracted in 44%, and were pushed into the stomach using the endoscope in 36%. Two esophageal perforations occurred during the extraction of a chicken bone in a female patient and were successfully managed with clip placement.

**Conclusion:** Esophageal food impaction can reveal previously undiagnosed esophageal lesions, as shown in our study, where EGD identified abnormalities in 72% of cases. This highlights the importance of systematically exploring the esophagus, even after the spontaneous resolution of food impaction.



## What about the impact of benign proctological diseases on patients' quality of life?

Asmaa el Azhari<sup>1</sup>, Zineb Boukhal<sup>1</sup>, FZ el Rhaoussi<sup>1</sup>, Mohamed Tahiri<sup>1</sup>, Fouad Haddad<sup>1</sup>, Wafaa Hliwa<sup>1</sup>, Ahmed Bellabah<sup>1</sup>, Wafaa Badre<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hepato-Gastroenterology Service, CHU Ibn Rochd

### Introduction

Proctological diseases are a common cause of gastroenterology consultations and can significantly impact patients' quality of life. This study aims to assess the impact of hemorrhoidal disease and anal fissures on quality of life, using a questionnaire to measure their overall influence on daily life.

**Materials and methods:** This cross-sectional study was conducted over one month (May–June 2024) and included patients consulting for hemorrhoidal disease and/or anal fissures. Quality of life was assessed using the Burden Hemo/Fiss score, which consists of 23 questions divided into four domains: physical disorders, psychological distress, discomfort during defecation, and impact on sexual life. Each question was scored from 1 to 6. Data analysis was performed using software from the French National Society of Colo-Proctology (SNFCP).

**Results:** A total of 50 patients were included, with a mean age of 46.1 years (range: 19–71). There were 37 women and 13 men (M/F ratio: 0.35). Hemorrhoidal disease was present in 23 patients (46%), anal fissures in 18 (36%), and both conditions in 18% (n=9). The mean

Hemo/Fiss score was  $46.58 \pm 19.44$  [range: 12–85]. The mean scores for each domain were:  $49.4 \pm 22.36$  (physical disorders),  $41.42 \pm 19.59$  (psychological distress),  $56.26 \pm 27.86$  (defecation discomfort), and  $35.44 \pm 20.38$  (sexual dysfunction). Patients with anal fissures (52.9) and grade III–IV hemorrhoids (58.3) had the most affected scores. A significant correlation was found between the total Hemo/Fiss score and pain score ( $p=0.021$ ).

### **Conclusion:**

Our study highlights a significant deterioration in quality of life in patients with anal fissures or hemorrhoidal disease, emphasizing the need for comprehensive management to improve both physical symptoms and overall well-being.



## Are mucosal changes in microscopic colitis restricted to large intestine? Study of duodenal mucosal changes in microscopic colitis

Kaushal Kishor Prasad<sup>1</sup>, Saroj Kant Sinha<sup>1</sup>, Vinay Devraj<sup>1</sup>, Shreya Shruti<sup>2</sup>, Shankar Roy<sup>1</sup>, Satya Vati Rana<sup>1</sup>, Deepak Kumar Bhasin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PGIMER

<sup>2</sup> GMCH

### Introduction

Microscopic colitis (MC) is considered to be a disease of large intestine. However, involvement of the small intestine rarely been systematically studied.

**Objective:** The aim of this study was to investigate the duodenal mucosal histomorphologic alterations in cases of MC.

**Methods:** In this prospective study duodenal mucosa of 25 patients with MC (9 with lymphocytic colitis [LC: male/female ratio 2, median age 42 years] and 16 with collagenous colitis [CC: male/female ratio 2.2, mean age 38 years]) were examined for duodenal mucosal histomorphologic alterations. The duodenal mucosal histomorphologic parameters [villous architectural changes, intraepithelial lymphocytes (IELs) count, crypt architectural changes, lamina propria (Lp) infiltrate and subepithelial collagen band (SECB) thickening] were evaluated.

**Results:** The duodenal mucosal biopsies revealed varied histologic pattern with normal mucosa in 4 (16%), intraepithelial lymphocytosis without crypt hyperplasia 7 (28%), intraepithelial lymphocytosis with

crypt hyperplasia 5 (20%), mild villous atrophy 5 (20%), nonspecific chronic inflammation 3 (12%) and hypertrophic lymphoid follicle in 1 (4%) patients. All patients with LC and CC showed either Lp infiltrate within normal limit or mild to moderate excess of mononuclear inflammatory cells and normal to marked intraepithelial lymphocytosis. None of the duodenal biopsies showed thickening of SECB.

**Conclusions:** The duodenum is frequently involved in patients with MC. Diverse changes seen in duodenum provides impetus for further assessment of such cases of chronic diarrhea so as to determine the pathophysiology of MC and which may provide clues to its effective management as well. The importance of the histological changes seen in small intestine needs to be determined by large scale follow-up studies.



# Sedation-Associated Oxygen Support in Upper Endoscopy: Efficacy and Risk Comparison of Face Mask and Cannula in the RESPIRAR Trial – A Randomized Study

Carlos Robles Medranda<sup>1</sup>, Miguel Angel Puga Tejada<sup>1</sup>, Juan Murillo Murillo<sup>1</sup>, Cristina Elias Berrezueta<sup>1</sup>, Jorge Baquerizo Burgos<sup>1</sup>, Domenica Cunto Moncayo<sup>1</sup>, Maria Egas Izquierdo<sup>1</sup>, Daniela Tabacelia<sup>1</sup>, Martha Arevalo Mora<sup>1</sup>, Juan Alcivar Vasquez<sup>1</sup>, Raquel Del Valle Zavala<sup>1</sup>, Hannah Pitanga Lukashok<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED) .

## Introduction

EGD performed under sedation carries an inherent risk of respiratory compromise, making effective oxygen support crucial. Conventional nasal cannulas (CNC) may be insufficient in high-risk or prolonged cases, prompting alternatives like the endoscopic face mask (EFM).

**Aim:** To compare the efficacy and safety of EFM vs CNC in patients undergoing sedated EGD, focusing on oxygenation levels, desaturation, and associated risks to optimise respiratory management.

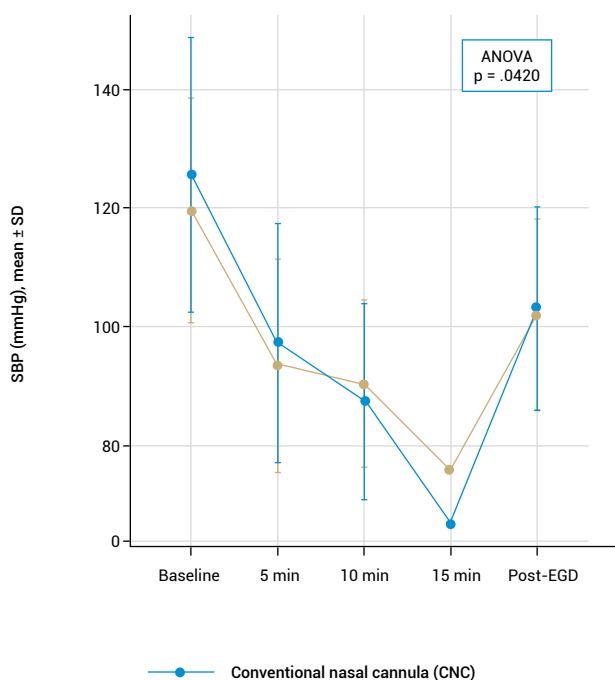
**Methods:** Patients undergoing EGD induced propofol sedation were enrolled. Participants were randomised to receive oxygen in either group. Vital signs were collected electronically. An ad-hoc patient-reported experience measurement (PREEM) survey, randomisation, and statistical analysis were blindly carried out.

**Results:** 104 patients were enrolled (EFM: 52 and CNC: 52). Median age was 59 yo (IQR 46.5-67), 71.2% were female. During EGD and post-anaesthesia, ANOVA revealed significant decreases in systolic blood pressure (SBP;  $p=.042$ ), median blood pressure ( $p=.04$ ) and diastolic blood pressure (DBP;  $p=.0397$ ) (Figure 1). The heart rate, respiratory rate and oxygen saturation did not show significant variability. However,

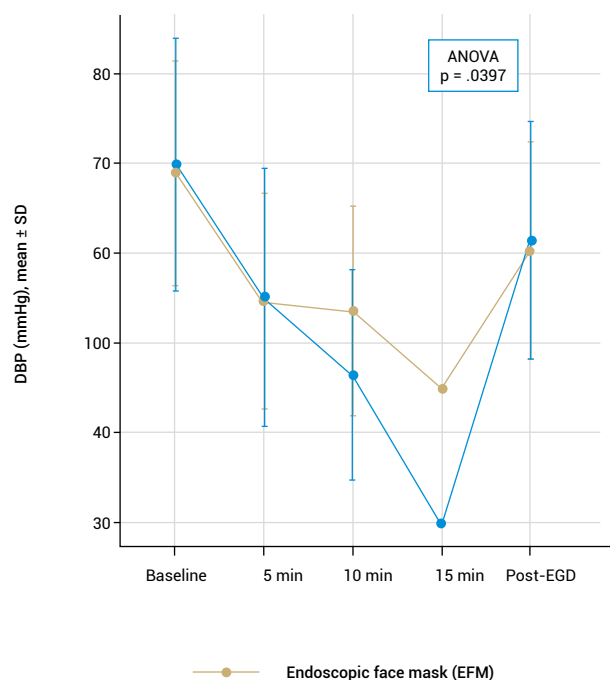
8 cases of desaturation with CNC required switching to EFM ( $p=.0448$ ). There was no significant difference in the rate of airway opening manoeuvres, ventilation, body movement, cough, epistaxis, and sore throat. EFM and CNC patients underwent a colonoscopy in 21.2% and 3.8% ( $p=.0177$ ), with a median anaesthesia length of 34 and 36 minutes, respectively ( $p=.787$ ). EFM patients reported a significantly higher rate of attending occupational activities than CNC (21.2 vs 3.8%); CNC patients reported more often to rest at home after the procedure than EFM (46.2% vs 34.6%;  $p=.0285$ ).

**Conclusion:** EFM is a useful device for endoscopist manoeuvrability, and additional patient comfort, oxygen support, positively impacting the healthcare experience. EFM provides effective oxygenation during sedated EGD, reducing desaturation events compared to CNC, although the difference was not statistically significant.

a) Systolic blood pressure (SBP)



b) Diastolic blood pressure (DBP)



ANOVA, Analysis of the Variance, SD, standard deviation.



## Validación de una calculadora de riesgo de condiciones premalignas y cáncer gástrico: análisis preliminar de datos de la fase 2 del Proyecto H.O.P.E. en la comuna de Molina, Chile

Mauricio Andrés Pizarro Véliz<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre<sup>1</sup>, Margarita Pizarro<sup>2</sup>, Nancy Solís<sup>2</sup>, Patricio Medel<sup>2</sup>, María Jesús Fuenzalida<sup>3</sup>, Camila Jure<sup>1</sup>, Francisco Villarreal<sup>1</sup>, Diego Reyes<sup>1</sup>, Javier Uribe<sup>1</sup>, Alberto Espino<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas<sup>1</sup>, Javiera Torres<sup>4</sup>, Juan Carlos Roa<sup>4</sup>, Laura Huidobro<sup>5</sup>, Mauricio Morales<sup>6</sup>, Carmen Gloria Tapia<sup>6</sup>, Darío Acuña<sup>6</sup>, Lorena Urzúa<sup>6</sup>, Víctor Acuña<sup>7</sup>, Natalia Garrido<sup>8</sup>, Ornella Temprestini<sup>9</sup>, Raúl Araya<sup>10</sup>, Verónica Silva<sup>11</sup>, Nilton Palacios<sup>12</sup>, Sergio Sotelo<sup>13</sup>, Camilo Becerra<sup>14</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile

<sup>2</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>3</sup> Hospital de La Florida, Chile.

<sup>4</sup> Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>5</sup> Departamento de Ciencias Preclínicas, Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

<sup>6</sup> Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

<sup>7</sup> Universidad de Chile.

<sup>8</sup> Grupo HOPE.

<sup>9</sup> Departamento de Gastroenterología, Clínica Vesalio, Curicó, Chile.

<sup>10</sup> Gastroenterología Clínica Universidad de Los Andes, Chile.

<sup>11</sup> Gastroenterología Hospital San Juan de Dios, Chile.

<sup>12</sup> Hospital de Molina, Servicio de Salud Maule, Chile.

<sup>13</sup> Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital de Talca. Chile.

<sup>14</sup> DIVAP. Ministerio de Salud, Chile.

### Introducción

El proyecto HOPE (Implementation of health operatives for primary and secondary prevention of gastric cancer and *helicobacter pylori* eradication in latin america: hospital and outpatient-based prevention program) pretende desarrollar estrategias de prevención primaria y secundaria de cáncer gástrico (CG) para Latinoamérica, para lo se cual diseñó una Calculadora de Riesgo Gástrico (CRG) en base a regresiones logísticas multivariadas de datos obtenidos de una cohorte de pacientes en Santiago de Chile, integrando variables clínico-demográficas (edad, sexo, HTA) y biomarcadores séricos (Pepsinógeno I y II, Gastrina-17b, IgG *H. pylori*).

**Objetivo:** Evaluar la validez externa de la CRG como una potencial herramienta de priorización endoscópica.

**Métodos:** Estudio observacional de corte transversal en usuarios en lista de espera endoscópica del Hospital de Molina (Región del Maule, Chile). Se realizaron endoscopias electivas, aplicándose la CRG y obteniéndose biopsias gástricas según protocolo Sydney, comparándose las diferentes categorías de riesgo con los resultados histológicos. Las biopsias fueron analizadas por patólogos expertos y las muestras serológicas fueron procesadas utilizando técnicas estandarizadas.

**Resultados:** Se incluyeron 187 pacientes [70.05% mujeres], con media etaria 59.3±13.9 años. Un 25.13% presentó *H. pylori* en mucosa gástrica, estadios OLGA 0 57.22% (n=107), OLGA I 18.72% (n=35), OLGA II

11.76% (n=22), OLGA III 6.42% (n=12) y OLGA IV 5.88% (n=11). No se pesquisaron casos de CG. Se definieron categorías de Alto Riesgo (AR: prioridades 1, 2 y 3) y Bajo Riesgo (BR: prioridades 4, 5 y 6). Los pacientes de AR correspondieron a 49.2% del total (n=92; P1 16.04% P2 10.70% P3 22.46%) y BR fueron 50.8% (n=95; P4 21.39% P5 8.56% P6 20.86%). La categoría BR presentó un valor predictivo negativo de 97% para gastritis atrófica OLGA III-IV. Las diferencias obtenidas fueron ES (p<0.01), analizadas con  $\chi^2$  y Test de Fischer.

**Conclusión:** La CRG presenta un adecuado rendimiento de categorización pre-endoscópica, dado su elevado VPN para descartar estadios OLGA III-IV en sujetos catalogados de bajo riesgo. Esta estrategia no invasiva sería de gran utilidad en la priorización de listas de espera endoscópica.

Calculadora de riesgo gástrico	Estadio OLGA		
	0-II	III-IV	Total
Alto riesgo (p1, p2, p3)	92 56,1%	3 13,04%	95 50,8%
Bajo riesgo (p1, p2, p3)	72 43,9%	20 86,96%	92 49,2%
	164 100%	23 100%	187 100%





Eduardo Andrés Segovia Vergara<sup>1</sup>, Álvaro Arredondo Barría<sup>2</sup>, Marisol Traimante Ruiz<sup>1</sup>, Rodrigo Mansilla Vivar<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad San Sebastián.

<sup>2</sup> Universidad de Chile.

<sup>3</sup> Hospital de Puerto Montt.

## Introducción

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) corresponde a la colocación endoscópica de una sonda de alimentación a través de la pared abdominal. Esta posee menor morbilidad en comparación a la vía quirúrgica, y se indica en pacientes que requieren nutrición enteral prolongada. Las indicaciones, complicaciones y sobrevida varían considerablemente según el perfil epidemiológico y acceso a cuidados especializados.

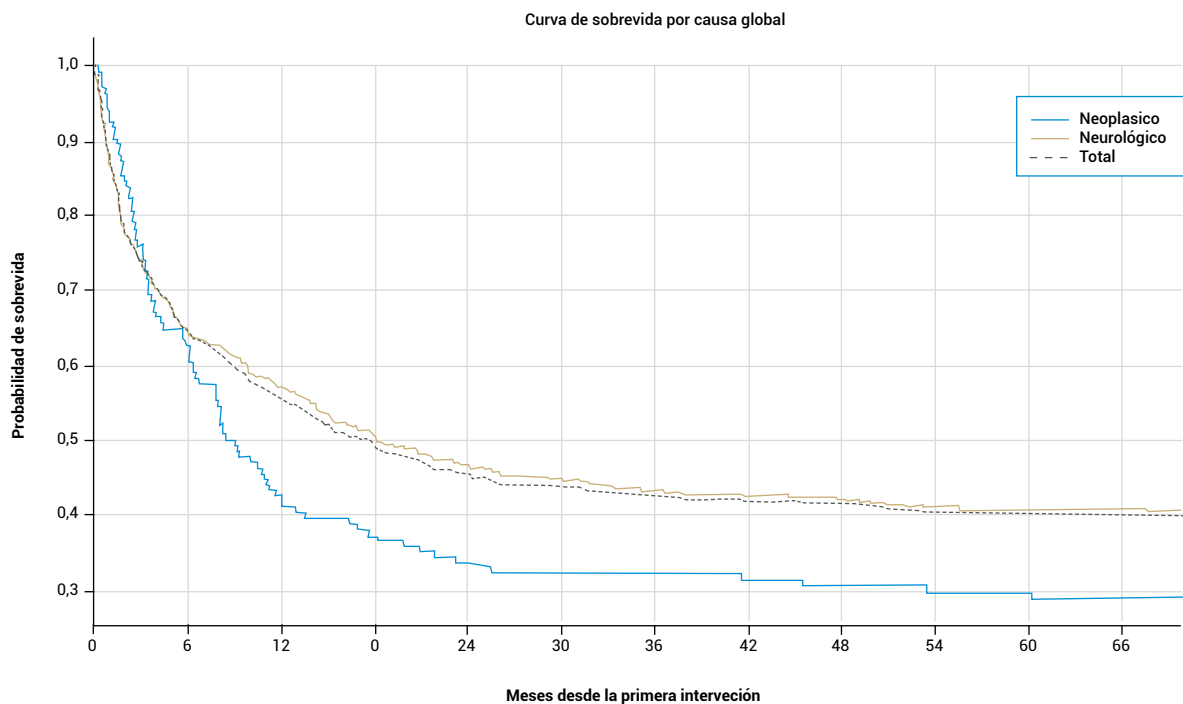
**Objetivos:** Describir y analizar las indicaciones más frecuentes, complicaciones y sobrevida posterior a la instalación de GEP.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes a los que se les instaló una GEP en el Hospital de Puerto Montt entre 2008 y 2020.

**Resultados:** Se incluyeron 748 pacientes (60.7% hombres y 39.3% mujeres), con una edad promedio de  $67 \pm 16$  años, a los que se les realizó 752 instalaciones de GEP y 375 recambios. Las principales indicaciones fueron: accidente cerebrovascular (48.7%), demencia (9.8%) y cáncer esofágico (8.7%). 21 procedimientos requirieron dilatación esofágica, principalmente por causa neoplásica (19/21). Existieron 93 complicaciones en 68 pacientes, siendo las principales

autoretiro y salida de la sonda, y solo una grave (hematoma de pared gástrica). No hubo asociación significativa entre complicaciones y edad ( $p = 0.990$ ), sexo ( $p = 0.470$ ), indicación ( $p = 0.654$ ) ni dilatación esofágica ( $p = 0.246$ ). La mediana de sobrevida fue de 491 días, siendo menor en pacientes con indicación neoplásica (249 días) que neurológica (545 días) ( $p = 0.03$ ). El porcentaje de sobrevida calculado a 1 año fue de 54.5% y a 5 años de 39.54%.

**Conclusiones:** La GEP es un procedimiento seguro, con baja tasa de complicaciones, para el manejo nutricional prolongado. La variabilidad en sobrevida según indicación refleja la relevancia de contextualizar su uso con el pronóstico basal de cada paciente y realizar una adecuada selección de pacientes según su pronóstico.



**Figura 1.** Curvas de Kaplan-Meier de sobrevida a 5 años tras instalación de GEP. Se compara la sobrevida global de la cohorte total y estratificada según indicación principal: neurológica vs. neoplásica. Se observa una diferencia significativa en la mediana de sobrevida entre ambos grupos ( $p = 0.03$ ).



## Factores de riesgo y estratificación de gastritis atrófica en pacientes con dispepsia en una población colombiana

Henry Alberto Royero Gutierrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Ocaña

### Introducción

En nuestro medio son escasos los trabajos que hayan relacionado factores de riesgo con lesiones preneoplásicas gástricas estratificadas por el sistema OLGA (*Operative Link on Gastritis Assessment*).

**Objetivo:** Estimar la prevalencia y factores de riesgo asociados a lesiones preneoplásicas gástricas en pacientes con dispepsia en Ocaña, Norte de Santander durante los años 2022-2023

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo trasversal con recolección de la información prospectiva, que caracteriza la atrofia gástrica metaplásica y no metaplásica. Se incluyeron mayores de 18 años de ambos sexos, que necesitaron una Esofagogastroduodenoscopia, se analizaron variables demográficas, antecedentes personales, diagnóstico histológico de *Helicobacter pylori* (Hp), presencia de atrofia de acuerdo al protocolo de Sídney, clasificadas por el sistema OLGA. Las variables cualitativas se estudiaron en frecuencias, proporciones e intervalos de confianza (IC 95%). La presencia de gastritis atrófica, en pacientes expuestos y no expuestos a diferentes variables independientes se analizó mediante el cálculo de los OR y sus IC 95%, una p menor de 0,05 se consideró estadísticamente significativa.

**Resultados:** Fueron incluidos 1.209 individuos, femeninos 752 (62,20%), edad RQI 49 (Q1 37, Q3 62), las prevalencias de Hp, atrofia y metaplasia fueron 554 (45,82%), 337 (27,87 %) y 268 (22,17%) respectivamente, siendo OLGA alto riesgo III 22 (1.82%) y IV 7 (0,58%), se encontró un efecto significativo sobre la atrofia en las siguientes variables de exposición, edad > de 40 años, OR= 3.02 (IC 95% 2.18-4,19), úlcera gástrica OR= 2,24 (IC 95% 1,38-3,62), tabaquismo OR= 1,68 (IC 95% 1,24-2,27), diabetes OR= 1,58 (IC 95% 1,23-2,04), hipertensión OR= 1.59 (IC 1,23-2,05)

**Conclusiones:** La cuarta parte de la población estudiada presenta algún grado de atrofia gástrica, pero solo, el 2,27% requerirá seguimiento endoscópico estricto, los mayores de 40 años, el tabaquismo crónico, la diabetes, la hipertensión arterial y la úlcera gástrica podrían asociarse al riesgo de gastritis crónica atrófica.



## Evolución de lesiones gástricas precancerosas y malignas a lo largo de una década en una clínica de Lima, Perú

Alejandro Ugarte Lastra<sup>1</sup>, Javier Cabrera Sanchez<sup>2</sup>, Gloria Andrea Toscano Pacheco<sup>1</sup>, Jheferson Contreras grande<sup>3</sup>, Lesly Calixto Aguilar<sup>4</sup>, Cesar Salinas Cerquin<sup>2</sup>, Alejandro Bussalleu Rivera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Clínica Médica Cayetano Heredia, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima, Perú.

<sup>4</sup> Hospital Alberto Leonardo Barton Thompson, Lima, Perú.

### Introducción

El cáncer gástrico, principalmente el adenocarcinoma, continúa siendo una causa importante de mortalidad por cáncer en el Perú. Su desarrollo sigue la secuencia descrita en la cascada de Correa: infección por *Helicobacter pylori* (Hp), atrofia gástrica, metaplasia intestinal, displasia y adenocarcinoma. Esta progresión permite identificar etapas intermedias potencialmente intervenibles, en la cual la infección por Hp es el factor más importante. Sin embargo, existen pocos estudios en el Perú que hayan analizado cambios temporales en la prevalencia de estas lesiones.

**Objetivos:** Comparar la frecuencia de hallazgos histopatológicos gástricos en adultos entre dos periodos separados por una década, con el fin de identificar cambios en la prevalencia de lesiones precancerosas y malignas, así como la edad de diagnóstico del cáncer gástrico.

**Métodos:** Estudio analítico trasversal basado en la revisión de informes histopatológicos de biopsias gástricas realizadas en una clínica de Lima durante 2010-2013 y 2024. Se compararon proporciones mediante pruebas estadísticas adecuadas según tamaño muestral. El análisis se realizó en R v4.0.3.

**Resultados:** Se analizaron 4946 biopsias (2580 en 2010-2013 y 2366 en 2024), con un 51.7% de pacientes de sexo femenino y mediana de

edad de 46 años. En 2024 se observó una disminución en la prevalencia de Hp, metaplasia intestinal y cáncer gástrico ( $p < 0.05$ ), mientras que la atrofia gástrica aumentó significativamente. No hubo cambios en la displasia ni en la edad de diagnóstico del cáncer (mediana: 75 años).

**Conclusiones:** Se evidencia una posible transición epidemiológica, con menor prevalencia de Hp y cáncer gástrico, posiblemente por mejoras sanitarias. El aumento de atrofia gástrica resalta la importancia de fortalecer su vigilancia e implementar sistemas como OLGA y OLGIM para su detección oportuna y prevenir su progresión a metaplasia y posteriormente a cáncer gástrico. Se recomienda realizar estudios multicéntricos confirmatorios.

Tabla 1. Prevalencia de hallazgos histopatológicos en biopsias gástricas.

Total 4 946 biopsias gástricas	Periodo del 2010 al 2013 (N=2 580)	Periodo del 2024 (N=2 366)	Valor p
Hallazgos histopatológicos:			
<i>Helicobacter pylori</i>	1 229 (47.6 %)	783 (33.1%)	<0.05†
Atrofia gástrica	158 (6.1%)	269 (11.4%)	<0.05†
Metaplasia	395 (15.3%)	291 (12.3%)	<0.05†
· Completa	198 (50.3%)	264 (90.7%)	
· Incompleta	41 (10.4%)	19 (7.2%)	
· Mixta	155 (39.3%)	0 (0%)	
· Sin especificación	0 (0%)	8 (2.7%)	
Displasia	6 (0.2%)	5 (0.2%)	> 0.05†
Cáncer gástrico	31 (1%)	12 (0.5%)	<0.05§
Edad de diagnóstico del cáncer gástrico	76 (60-79)*	72 (53.5-78.5)*	> 0.05¶¶

† Prueba de diferencia de proporciones (Z-test), § Prueba exacta de Fisher, ¶¶ Prueba de Mann-Whitney, \* Mediana y Rango Intercuartílico (RIC)



## Análisis retrospectivo del cribado endoscópico de cáncer gástrico y seguimiento de lesiones preneoplásicas en pacientes mayores de 65 años en un hospital público de Chile

Patrick Sadler Spencer<sup>1</sup>, Fernanda Matamala Gonzalez<sup>1</sup>, Cristian Urrutia Castillo<sup>2</sup>, Carla Neira Aguayo<sup>1</sup>, Therius Gelin<sup>1</sup>, Juan Carlos Said Rojas<sup>1</sup>, Catalina Farías Aqueveque<sup>1</sup>, Elizabeth Arriagada Hernandez<sup>1</sup>, Verónica Silva Figueroa<sup>1</sup>, Edmundo Aravena Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico San Borja Arriarán

<sup>2</sup> Hospital El Pino

### Introducción

Mundialmente el 60% de los adenocarcinomas gástricos (ACG) se diagnostican en >65 años con edad promedio de 68 años; sin embargo, la adherencia a protocolos de tamizaje parece menor en este grupo etario, posiblemente debido a la percepción de un menor beneficio.

**Objetivo:** Evaluar adherencia a recomendaciones de cribado endoscópico de ACG y detección de condiciones preneoplásicas en pacientes >65 años.

**Metodología:** Análisis retrospectivo en base a revisión de fichas clínicas, informes endoscópicos y resultados de biopsias de 568 pacientes >65 años y 92 pacientes entre 45-65 años sometidos a endoscopia digestiva alta (EDA) durante el 2024. Se excluyeron pacientes con diagnóstico conocido de ACG, síndromes genéticos con mayor predisposición neoplásica o en programas de seguimiento endoscópico por otros motivos.

**Resultados:** Se detectó ACG en el 5% de los pacientes >65 años con una mediana de 74 años (rango 65-89) y lesiones preneoplásicas en el 80% de los pacientes restantes, de los cuales tan sólo el 52% fue sometido a biopsias protocolizadas y el 22% a biopsias no protocolizadas; dejando

un 26% de hallazgos preneoplásicos sin biopsiar. De los pacientes con ACG, sólo el 17% tenía EDA previa y únicamente en el 10% de ellas se tomaron biopsias protocolizadas.

Comparativamente en pacientes de 45-65 años, no se detectó ACG y el 67% fue sometido a biopsias protocolizadas cuando tan sólo 45% presentaba hallazgos de aspecto preneoplásico.

**Conclusion:** La alta tasa de detección de lesiones preneoplásicas en pacientes >65 años concordante con este estudio y la más bien rápida progresión de estadios OLGA/OLGIM > 2 hacia la displasia de alto grado y ACG con medianas de 2 a 5 años según lo descrito en la literatura, obligan a plantear que la edad por sí sola no es un factor suficiente para desestimar el seguimiento endoscópico protocolizado en pacientes mayores.



## Propuesta de endoscopia de alta calidad para detección temprana de lesiones precancerosas y cáncer gástrico en Colombia

Reinaldo Ferney Arias Ariza<sup>1</sup>, Romulo Dario Vargas Rubio<sup>1</sup>, Catherin Vanessa Tovar Sanchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogota, Colombia.

### Introducción

El cáncer gástrico (CG) representa una de las principales causas de mortalidad por cáncer, con diagnóstico frecuentemente tardío. La esofagogastroduodenoscopia de alta calidad (EGDAC) es herramienta clave para su detección precoz, pero su efectividad depende de la calidad del procedimiento, actualmente heterogénea.

**Objetivos:** Proponer un modelo de EGDAC enfocado en la detección oportuna de lesiones premalignas y cáncer gástrico temprano (CGT), basado en evidencia y adaptado a las necesidades de la población colombiana.

**Métodos:** Se realizó un revisión detallada del modelo endoscópico de la carcinogénesis gástrica, de las principales guías mundiales: MAPS III, ESGE, JGES, ACG, AGA y APAGE/APSDE; y estudios de validación recientes.

**Resultados:** Las principales guías internacionales y locales coinciden en la necesidad de estandarizar la EGDAC para mejorar la detección de condiciones premalignas, pero difieren en su estructura. Las guías americanas incluyen indicadores de proceso y protocolo Sydney de referencia para toma de biopsia, sin mencionar la clasificación endoscópica de Kimura Takemoto para atrofia y EGGIM para metaplasia

intestinal (GIM). Sin embargo, las guías europeas (MAPS III) y japonesas (JGES) incluyen dichas clasificaciones contemplando la evolución endoscópica del CGT y se plantea realizar protocolo completo de biopsia sólo en condiciones de alto riesgo. Los protocolos de fotodocumentación varían de 7 a 22 imágenes (AGA/ACG y JGES respectivamente). Consideramos indispensable la clasificación Kimura/EGGIM en EGDAC; y fotodocumentación con protocolo JGES y protocolo de biopsia Sydney en pacientes de alto riesgo (EGDAC con EGGIM  $\geq 5$  o Kimura-Takemoto  $>C3$ , evidencia de lesión premaligna, historia personal o familiar en primer grado de CG, pacientes de zonas de alta incidencia de CG).

**Conclusiones:** La adherencia progresiva a este protocolo de EGDAC\*, con criterios de biopsia estratificados y límite etario de 80 años, permitirá homogeneizar la EGDAC y mejorará la detección oportuna del CGT en Colombia. \*Ver QR





## Uso de fexuprazan en el tratamiento de la dispepsia funcional subtipo dolor epigástrico: estudio piloto

Christian Von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Nicole Pacheco Herrera<sup>1</sup>, Jose Joaquin Perez<sup>1</sup>, Karin Herrera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de los Andes

### Introducción

La dispepsia funcional (DF) es un trastorno frecuente de la interacción intestino-cerebro, caracterizado por síntomas persistentes en ausencia de una causa estructural identificable. Según los criterios Roma IV, se clasifica en síndrome de distrés postprandial, síndrome de dolor epigástrico y tipo mixto. Su fisiopatología es multifactorial, incluyendo alteraciones motoras, hipersensibilidad visceral e influencia de factores psicosociales. Los tratamientos convencionales, como procinéticos e inhibidores de la bomba de protones (IBP), presentan una eficacia limitada (31%), sobretudo en el subtipo de dolor epigástrico. Recientemente, los bloqueadores competitivos del receptor de potasio (PCABs), como vonoprazán han emergido como alternativas por su mayor potencia y rapidez en la supresión ácida, además de presentar menor variabilidad farmacogenética. Aunque aprobados para otras patologías digestivas, su uso en DF aún carece de evidencia sólida.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del fexuprazán en pacientes con dispepsia funcional subtipo dolor epigástrico atendidos en nuestro centro.

**Metodología:** Estudio piloto abierto de 8 semanas en adultos con diagnóstico de dispepsia funcional subtipo dolor epigástrico, según criterios Roma IV. Los participantes recibieron 40 mg diarios de fexuprazán. Todos fueron evaluados por el equipo de neurogastroenterología y seguidos cada 4 semanas mediante control telefónico por enfermería. Se evaluaron respuesta clínica (escala Likert), síntomas (PAGI-SYM), calidad de vida (PAGI-QoL), adherencia (encuesta de Morisky y conteo de comprimidos) y efectos adversos. Se excluyeron pacientes con enfermedades estructurales, cirugías gástricas previas o uso reciente de neuromoduladores, probióticos

o IBP. El análisis estadístico se realizó con SPSS v.29, utilizando la prueba de Wilcoxon.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes (6 mujeres), con una edad promedio de 33 años. El puntaje promedio en PAGI-SYM al inicio fue de 58,0, reduciéndose a 30,5 tras 8 semanas de tratamiento ( $p = 0,02$ ). No se observaron cambios relevantes en la calidad de vida ni se reportaron efectos adversos. La adherencia al tratamiento fue del 100%.

**Conclusión:** El fexuprazán demostró ser una opción eficaz, segura y bien tolerada en pacientes con dispepsia funcional subtipo dolor epigástrico, con excelente adherencia al tratamiento. Estos resultados preliminares respaldan la necesidad de estudios controlados más amplios para confirmar su utilidad clínica.



## Colonoscopy quality in a high-complexity hospital in Colombia: assessment of bowel preparation and polyp detection

Lady Marcela Acevedo<sup>1</sup>, Olga Marcela Gomez<sup>1</sup>, Valentina Ortiz<sup>1</sup>, Fernando Sierra-Arango<sup>1</sup>, Margarita Rey<sup>1</sup>, Anwar Medellín Abueta<sup>1</sup>, Diego Felipe Téllez<sup>1</sup>, Rafael García Duperly<sup>1</sup>, Juan Carlos Robayo<sup>1</sup>, Renzo Pinto Carta<sup>1</sup>, Gustavo Reyes<sup>1</sup>, Reinaldo Rincón<sup>1</sup>, Valentina Sierra<sup>1</sup>, Zamira Fernanda Gomez Giraldo<sup>1</sup>, Andrés Felipe Bejarano-Ramírez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fundación Santa Fe de Bogotá

### Introduction

Colonoscopy is the gold standard for early detection of precancerous lesions, though its effectiveness depends significantly on procedural quality, especially bowel preparation.

**Objectives:** To assess the quality of outpatient colonoscopies performed at a high-complexity hospital in Colombia in 2024, focusing on the relationship between bowel preparation quality and procedural outcomes.

**Methods:** This retrospective observational study included patients aged 18 years and older who underwent outpatient colonoscopy during a 7-month period in 2024 at a high-complexity hospital in Colombia. Univariate analysis was conducted to determine the frequency of polyp detection during colonoscopy, and bivariate analysis was performed using chi-square tests for categorical variables.

**Results:** Of 2,023 patients, 1,853 (92%) had complete data. The mean age was 56.4 years (SD: 14.7), and 58.6% were female. The most common indications were abdominal pain of unclear cause (24.9%), hemochezia (16.5%), history of colon cancer (16.7%), and

inflammatory bowel disease (2.5%). Cecal intubation was successful in 92.3% of cases ( $p = 0.7$ ), and polyps were found in 6.7% ( $p = 0.3$ ). Adequate bowel prep (Boston 7–9) was documented in 69.3% of procedures, while 30.7% had poor prep (Boston <6) ( $p = 0.042$ ). Cecal visualization was achieved in 68.3% with good prep vs. 24% with poor prep ( $p < 0.001$ ). Polyps were detected in 4.7% of cases with adequate prep vs. 2.1% with poor prep ( $p = 0.9$ ). Polypectomies were performed in 7.7% of well-prepared cases vs. 2.2% of poorly prepared ones ( $p = 0.008$ ). The average procedure time was 8 minutes, regardless of prep quality.

**Conclusions:** These findings reinforce the critical role of adequate bowel preparation in ensuring high-quality colonoscopy and call for improved preparation protocols and diagnostic strategies to enhance detection outcomes.



Jacqueline Abad Nuñez<sup>1</sup>, Edith Lourdes Rosas Marcos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> HNERM y Clínica Internacional

<sup>2</sup> HNERM y Clínica El Golf

## Introducción

La incontinencia fecal (IF) se define como la pérdida involuntaria y recurrente de heces durante al menos 3 meses, siendo la manometría anorrectal una prueba indispensable para su diagnóstico y el biofeedback (BFB) una alternativa de tratamiento.

**Objetivo:** Describir las características clínicas - manométricas en pacientes con IF y conocer la respuesta a la terapia de biofeedback.

**Método:** Estudio retrospectivo y observacional en 46 mujeres atendidas entre enero de 2021 y diciembre del 2024 en un hospital de referencia. Los datos se recolectaron de la historia clínica y de los informes manométricos; las sesiones de biofeedback se realizaron 1 vez/semana. Se consideró terapia completa de BFB a 4 sesiones o más, y respuesta favorable a la mejoría en el tiempo de contracción máxima (>15 segundos), normalización de la sensibilidad rectal y mejoría de >50% en la escala de Wexner.

**Resultados:** La edad media fue de 62.8 ± 11.2 años. El 43.5% tenía antecedentes de estreñimiento y el 58.7% fueron multiparas. Manométricamente, el 91.3% tuvieron esfínter anal hipotenso, 89.1%

hipocontractilidad anal y 67.4% hiposensibilidad rectal. Posterior al tratamiento con biofeedback, la puntuación de Wexner disminuyó de una mediana de 9 a 2 puntos ( $p < 0.001$ ), la duración de la contracción máxima voluntaria incrementó de una mediana de 5 a 18 segundos ( $p < 0.001$ ) y hubo una disminución significativa de pacientes con sensibilidad rectal anormal de 56.5% a 10.9% ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** El grupo etario predominante fueron mayores de 50 años, siendo los factores de riesgo más frecuentes el estreñimiento y la multiparidad. Las alteraciones manométricas predominantes fueron hipotensión anal, hipocontractilidad e hiposensibilidad rectal. El 65.2% tuvieron respuesta favorable al BFB fundamentada por la mejoría en la escala de Wexner, asociación significativa del tiempo de contracción máxima y normalización de la sensibilidad rectal.

**Tabla 1.** Parámetros manométricos y clínicos antes y después de la terapia de biofeedback (N=46)

Indicadores manométricos	Terapia de biofeedback				p-valor <sup>1</sup>
	Antes		Después		
	Mediana	RIC	Mediana	RIC	
Presión de esfínter en reposo (mmHg)	25	(21 - 31)	26	(22 - 30)	0,2662
Presión de contracción voluntaria (mmHg)	58	(48 - 69)	60	(51 - 70)	0,7342
Duración de contracción máxima (seg)	5	(5 - 7,5)	18	(15 - 20)	< 0,001
Escala de gravedad de Wexner (puntos)	9	(7 - 10)	3	(2 - 6)	< 0,001
<b>Sensibilidad rectal</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>p-valor<sup>2</sup></b>
Normal	20	(43,5)	41	(89,1)	< 0,001
Anormal	26	(56,5)	5	(10,9)	

<sup>1</sup> Test de Wilcoxon, <sup>2</sup> Test de McNemar. RIC: Rango intercuartílico.



## Tasa de detección de adenomas en un centro de alto volumen en Chile

Alejandro Pedraza Mayorga<sup>1</sup>, Dana Camhi Krausz<sup>2</sup>, Martín Ferreccio Palacios<sup>3</sup>, Luis Velez Vizcaíno<sup>1</sup>, María Francisca Cabello Aleuanni<sup>1</sup>, Franco Weisser Vuskovic<sup>3</sup>, Alexandros Hoyos Bachilloglu<sup>3</sup>, Cristian Olivares Peña<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Residente de Gastroenterología, Universidad de los Andes

<sup>2</sup> Medicina Interna, Universidad de los Andes

<sup>3</sup> Residente Medicina Interna, Universidad de los Andes

<sup>4</sup> Gastroenterología, Clínica Dávila.

### Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda neoplasia en incidencia y la tercera causa de mortalidad en ambos sexos en Chile, según GLOBOCAN 2020. La colonoscopia ha demostrado ser una herramienta eficaz en la reducción de incidencia y mortalidad por CCR. La tasa de detección de adenomas (TDA) es un indicador clave de calidad en este procedimiento. Este estudio evalúa la TDA en un centro privado chileno de alto volumen.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron los informes de colonoscopias realizadas durante 2024 en un centro terciario de alta complejidad, con 13 endoscopistas (12 gastroenterólogos y 1 cirujano). Se excluyeron profesionales con menos de 100 procedimientos e informes con datos incompletos. La TDA se calculó según los criterios de Rex et al. (2024).

**Resultados:** De 4.365 colonoscopias realizadas, 2.885 (66%) cumplieron los criterios de inclusión. El 72% de los pacientes fueron mujeres, con una edad promedio de 62 años. La TDA global fue 28,9% (mediana: 30,1%; rango: 13,2%–46,1%). El 98% de las lesiones correspondió a adenomas, 0,4% a adenomas tubulovillosos y 0,04% a vellosos. El 70% de los endoscopistas alcanzó el umbral aceptable de TDA ( $\geq 30\%$ ) y el 50% superó el umbral aspiracional ( $\geq 35\%$ ). En pacientes de 45–49 años, la TDA promedio fue 19% (mediana: 20%; rango: 6,3%–30%), inferior a lo reportado por Bilal et al. (2022).

**Conclusiones:** Los resultados reflejan un adecuado desempeño global en TDA, alineado con estándares internacionales. El análisis individual por endoscopista permite identificar áreas de mejora. Estos hallazgos respaldan la necesidad de implementar estrategias de mejora continua e incorporar sistemáticamente otros indicadores de calidad en futuras investigaciones.

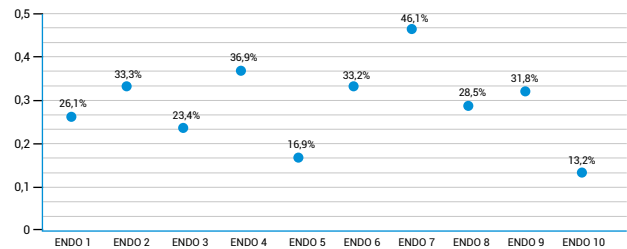


Figura 1. Tasa de detección de adenomas (TDA) por endoscopista (ENDO) 2024.



## Frecuencia de trastornos anorrectales en pacientes con estreñimiento crónico, según la clasificación de Londres, en centros de atención privados de Lima, Perú

Jesus Joan Aguilar Huiza<sup>1</sup>, Milagros Nicole Ticona Alegre<sup>1</sup>, Sergio Valentín Angeles Hinojosa<sup>1</sup>, Carmen Alurralde Miranda<sup>2</sup>, Edith Lourdes Rosas Marcos<sup>3</sup>, Cristian León Rabanal<sup>1</sup>, Jorge Espinoza Rios<sup>4</sup>

<sup>1</sup> UPCH

<sup>2</sup> Clínica Internacional

<sup>3</sup> Clínica Sanna, El Golf

<sup>4</sup> Clínica San Felipe, UPCH

### Introducción

El estreñimiento crónico es un trastorno gastrointestinal común que afecta significativamente la calidad de vida. Su diagnóstico clínico puede ser limitado, por lo que la manometría anorrectal se presenta como una herramienta clave para evaluar la función anorrectal.

En este estudio observacional y retrospectivo realizado en tres centros de atención privada en Lima, Perú, se analizó la frecuencia de los trastornos anorrectales según la Clasificación de Londres en 122 pacientes con estreñimiento crónico.

La mayoría de los participantes fueron mujeres (81,15%) y adultos (49,18%). Se evaluaron parámetros manométricos en relación con edad y sexo, hallándose diferencias significativas en algunos aspectos: las mujeres presentaron mayor hiposensibilidad rectal (deseo de defecar,  $p=0,048$ ), los adultos mayores mostraron una menor urgencia rectal ( $p=0,007$ ) y la hipotensión anal fue más común con el aumento de edad ( $p=0,045$ ).

Según los resultados, los trastornos más frecuentes fueron: normotensión anal con hipocontractilidad (62,3%), expulsión normal

con coordinación anorrectal anormal (43,4%), y ausencia de trastorno en el reflejo inhibitorio anorrectal (97,54%). Asimismo, la hiposensibilidad rectal (38,5%) fue común, seguida de parámetros sensoriales normales (37,75%).

**Conclusiones:** Estos hallazgos destacan la alta prevalencia de disfunciones anorrectales específicas en pacientes con estreñimiento crónico, particularmente en mujeres y adultos mayores. La Clasificación de Londres permitió una evaluación detallada y estandarizada de los patrones fisiológicos, lo que podría guiar a un abordaje terapéutico más preciso. El estudio sugiere que estos resultados deben considerarse en futuras investigaciones clínicas y en la práctica médica para optimizar el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico.

	Total group (n=122)	Gender		Valor de p	Age			Valor de p
		Female (n=99) (81,15%)	Male (n=23) (18,85%)		Young adult (n=42) (34,43%)	Adult (n=60) (49,18%)	Old age (n=20) (16,39%)	
<b>Anal Resting pressure</b>								
Normal	91 (74.59%)	74	17		35	44	12	
Hypotension	27 (22.13%)	21	3	0.511	6	14	7	0.045
Hypertension	4 (3.28%)	1	3		1	2	1	
<b>Normal anal contraction</b>								
Yes	91 (74.59%)	74	17		31	48	12	
No (Hypocontractility)	31 (25.41%)	25	6	0.882	11	12	8	0.430
<b>Normal time of balloon expulsion</b>								
Yes	44 (36.07%)	38	6		10	27	7	
No (Abnormal)	78 (63.93%)	61	17	0.315	32	33	13	0.207
<b>Normal pushing anorectal pressure</b>								
Yes	72 (59.02%)	56	16		20	42	10	
No (Poor propulsion)	50 (40.98%)	43	7	0.227	22	18	10	0.366
<b>Normal pushing anorectal relaxation</b>								
Yes	34 (27.87%)	30	4		14	15	5	
No (Dyssynergia)	88 (72.13%)	69	19	0.193	28	45	15	0.337
<b>Normal coughing anorectal pressure</b>								
Yes	122 (100%)	99	23		42	60	20	
No	0 (0%)	0	0	0	0	0	0	0
<b>Normal anorectal inhibitory reflex</b>								
Yes	119 (97.74%)	96	23		40	60	19	
No (Arreflexia)	3 (2.46%)	3	0	-(Omitted)	2	0	1	0.636
<b>First Sensation</b>								
Normal	61 (50%)	50	11		24	31	6	
Hyposensitivity	61 (50%)	49	12	0.689	18	29	14	0.065
Hypersensitivity	0 (0%)	0	0		0	0	0	
<b>Desire to defecate</b>								
Normal	52 (42.62%)	45	7		22	25	5	
Hyposensitivity	62 (50.82%)	50	12	0.048	16	32	14	0.086
Hypersensitivity	8 (6.56%)	4	4		4	3	1	
<b>Urgency</b>								
Normal	62 (50.82%)	51	11		27	30	5	
Hyposensitivity	54 (44.26%)	45	9	0.365	12	29	13	0.007
Hypersensitivity	6 (4.92%)	3	3		3	1	2	

Young adult (18-39 years), Adult (40-64 years), Old age (>64 years)

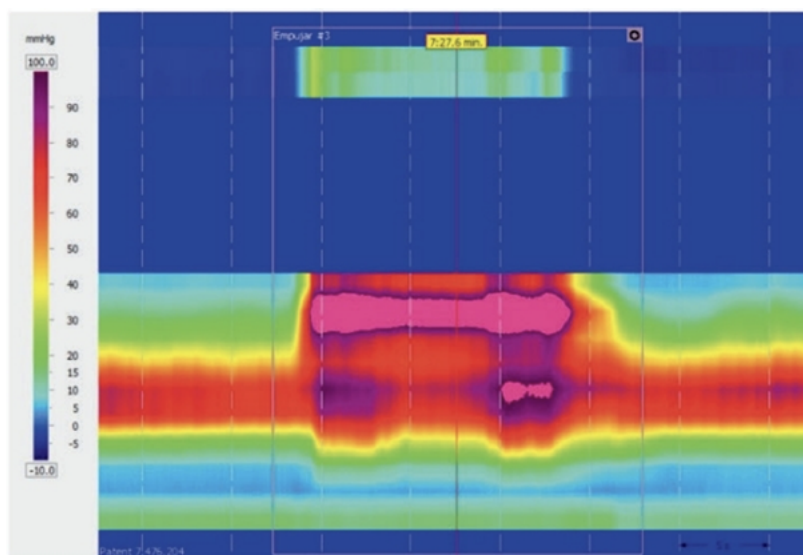


Figura 1. Relajación esfinteriana: Contracción paradójica





Ruddy Rafael Cabrera Suero<sup>1</sup>, Fernando Contreras Peña<sup>2</sup>, Alma De Los Santos Batista<sup>3</sup>, Pablo Socias-Pappaterra<sup>4</sup>, Beatriz Moquete Grullón<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Residente de Gastroenterología, CEDIMAT

<sup>2</sup> Médico adjunto del servicio de Gastroenterología, CEDIMAT

<sup>3</sup> Médico adjunto del servicio de Medicina Interna, CEDIMAT

<sup>4</sup> Fellow de investigación del departamento de gastroenterología, CEDIMAT

## Introducción

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es causa importante de morbilidad en adultos, especialmente en países caribeños como República Dominicana, donde información epidemiológica en esta población es limitada. La mayoría de estudios se enfocan en pediátricos, generando vacío en el conocimiento del comportamiento clínico y etiológico en adultos. Esta investigación busca aportar evidencia local actualizada para optimizar la toma de decisiones clínicas e intervenciones de salud pública, constituyendo la primera evaluación sistemática en adultos en un centro dominicano de alta complejidad.

**Objetivo:** Caracterizar el perfil clínico, epidemiológico y microbiológico de pacientes adultos hospitalizados por EDA en un centro de tercer nivel.

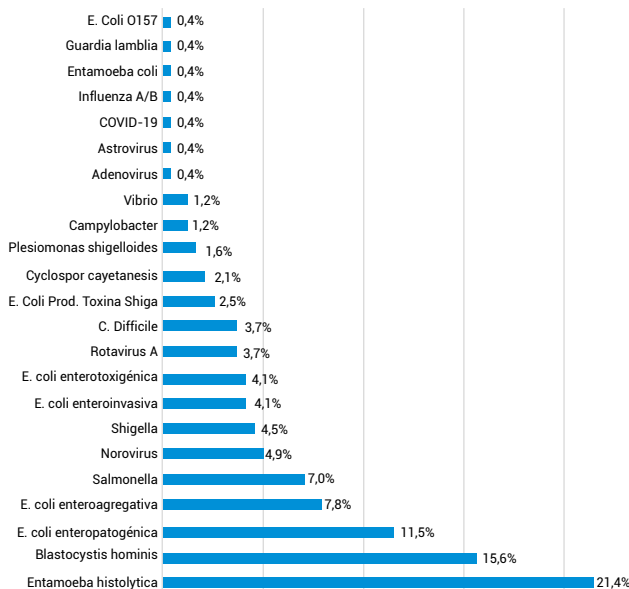
**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron expedientes de adultos hospitalizados por EDA entre diciembre 2023 y diciembre 2024. Se recolectaron variables como edad, sexo, tipo de patógeno, método diagnóstico, uso empírico y previo de antibióticos, estado inmunológico, estacionalidad y duración de hospitalización.

**Resultados:** Se incluyeron 120 pacientes, 59% mujeres, con edad promedio de 57.8 años. El 55% presentó coinfección por múltiples patógenos. Las bacterias fueron el grupo más frecuente (50%), aunque *Entamoeba histolytica* fue el microorganismo más identificado (21,4%),

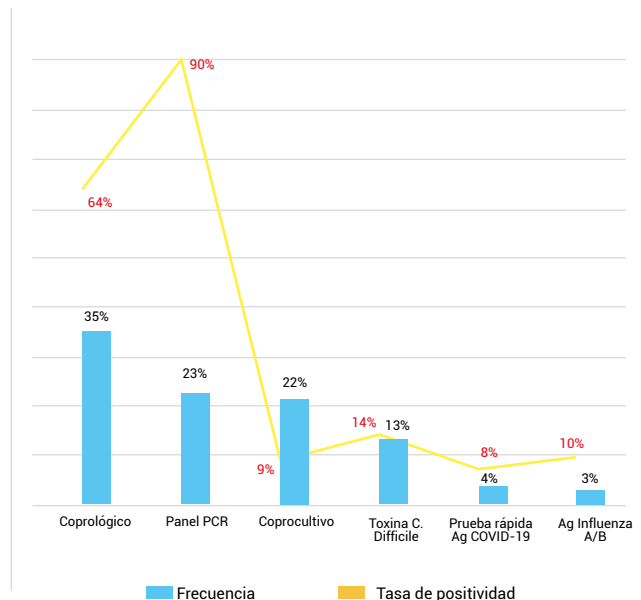
predominando en todas las estaciones. *E. coli* enteropatógena (23,1%) y *Norovirus* (4,9%) fueron la bacteria y el virus más frecuente, respectivamente. El 19% eran inmunocomprometidos, destacando *E. coli* enteropatógena (22%) como principal agente causal. El coprológico fue el método más utilizado (35%), mientras el panel PCR tuvo mayor positividad (90% vs 64%). Solo 9% recibió antibióticos empíricos. La mediana de estadía fue 5 días (IQR 8.5), aquellos sin antibióticos empíricos estuvieron 4 días (IQR 3), frente a 8 días (IQR 5) de aquellos que sí recibieron.

**Conclusiones:** Predominaron infecciones mixtas y *E. histolytica* fue el agente más frecuente. El panel PCR mostró mejor rendimiento diagnóstico. El uso empírico de antibióticos podría asociarse con mayor duración de hospitalización.

### A Frecuencia agentes causales aislados

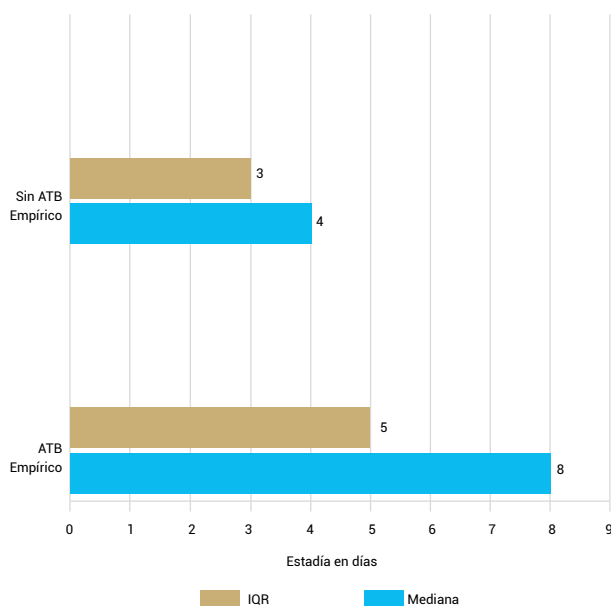


### B Frecuencia y tasa de positividad de los métodos diagnósticos



**Figura 1. A)** Se detalla la frecuencia de los diferentes microorganismos aislados. **B)** Frecuencia de realización de los distintos métodos diagnósticos y su tasa de positividad correspondiente. **C)** Se plasma la duración de estadía de los pacientes según el uso de antibioterapia empírica expresados en mediana y en IQR. **D)** Distribución de los casos positivos de *C. difficile* de acuerdo con la exposición previa a antibióticos en los pasados 3 meses. Abreviaturas: *E. coli*, *Escherichia coli*. *C. difficile*, *Clostridiodes difficile*. Panel PCR, Panel reacción en cadena de polimerasa. ATB, antibiótico. IQR, interquartile range (rango intercuantílico).

C Días de estadía según uso de antibiótico empírico



D Distribución de C. difficile según exposición previa a antibióticos (3 meses)

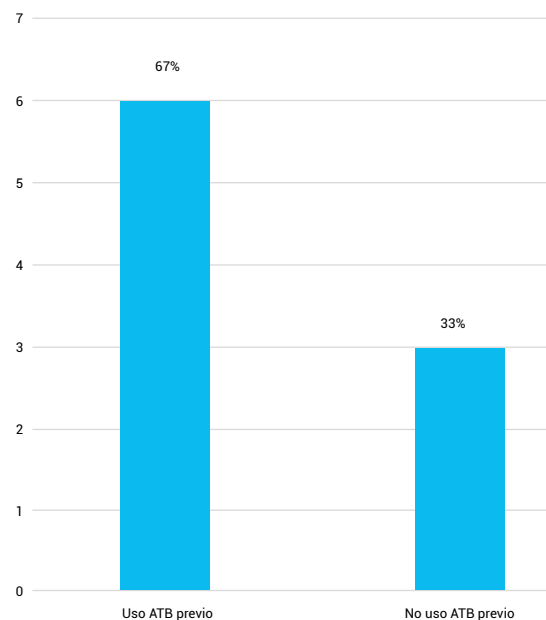


Figura 1. A) Se detalla la frecuencia de los diferentes microorganismos aislados. B) Frecuencia de realización de los distintos métodos diagnósticos y su tasa de positividad correspondiente. C) Se plasma la duración de estadía de los pacientes según el uso de antibioterapia empírica expresados en mediana y en IQR. D) Distribución de los casos positivos de C difficile de acuerdo con la exposición previa a antibióticos en los pasados 3 meses. Abreviaturas: E. coli, Escherichia coli. C. difficile, Clostridiodes difficile. Panel PCR, Panel reacción en cadena de polimerasa. ATB, antibiótico. IQR, interquartile range (rango intercuantílico).



## Utilización de la escala ABC como predictor de morbimortalidad en sangrado digestivo alto en un centro de República Dominicana

Osvaldo Tavárez Cabrera<sup>1</sup>, Howard Vásquez<sup>1</sup>, Damian Tavárez Robiou<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro De Gastroenterología Dr. Luis E. Aybar

<sup>2</sup> Hospital Metropolitano de Santiago

### Introducción

El sangrado digestivo alto (SDA) constituye una urgencia médica frecuente asociada a importantes tasas de morbimortalidad. La estratificación temprana del riesgo clínico es fundamental para optimizar el manejo de estos pacientes, siendo necesarias herramientas pronósticas precisas desde el ingreso.

**Objetivo:** Determinar la utilidad del ABC Score como predictor de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con SDA, comparado con escalas tradicionales como Rockall y Blatchford.

**Métodos:** El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, incluyendo un total de 192 pacientes ingresados entre julio de 2022 y julio de 2024. La misma se desarrolló en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

**Resultados:** La mayoría de los pacientes fueron hombres, con una edad media inferior a la de las mujeres. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente, seguida de la diabetes mellitus tipo 2. En cuanto al desempeño del ABC Score, se observó una clara asociación entre puntajes elevados y mortalidad hospitalaria. Los pacientes clasificados como de alto riesgo fueron los únicos que presentaron desenlaces fatales. Al comparar el rendimiento de las escalas, el ABC Score mostró una mayor capacidad predictiva de mortalidad, con mejor desempeño en la curva ROC frente a Rockall y Blatchford. Además, la escala se destacó por su facilidad de aplicación, al tener parámetros asequibles en cualquier centro de salud. La mortalidad hospitalaria fue baja, y la frecuencia de re-sangrado también fue limitada, lo que sugiere un manejo clínico efectivo.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos respaldan el uso del ABC Score como una herramienta valiosa para la estratificación temprana del riesgo en SDA, facilitando la toma de decisiones clínicas oportunas y que amerita más estudios que le validen.

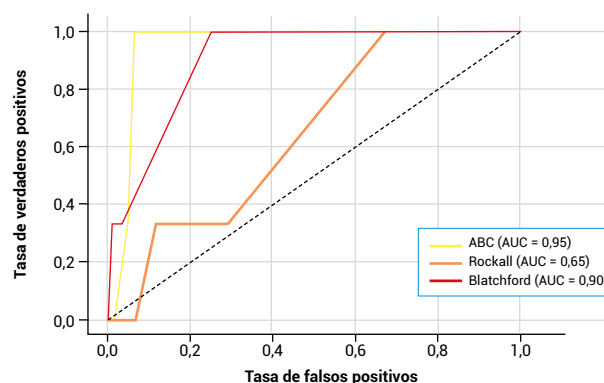


Figura 1. Curvas ROC - Escalas pronósticas en SDA



## Tasa de detección de pólipos en gastroenterólogos en entrenamiento: resultados de un programa de gastroenterología en Colombia

Santiago Salazar Ochoa<sup>1</sup>, Lázaro Antonio Arango Molano<sup>2</sup>, Andrés Sánchez Gil<sup>2</sup>, Andrés Valencia Uribe<sup>2</sup>, Herney Solarte Pineda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Caldas

<sup>2</sup> Unión de Cirujanos - Grupo Zentriá

### Introducción

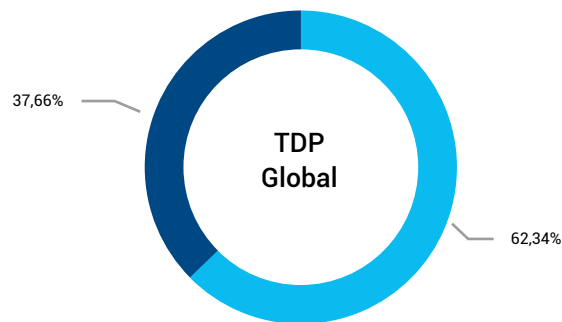
El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de mortalidad oncológica en el mundo y en Colombia. La colonoscopia constituye una herramienta fundamental para su detección precoz, siendo uno de los métodos de tamización primaria junto al test inmunoquímico fecal (FIT). Entre los indicadores de calidad de la colonoscopia, la Tasa de Detección de Adenomas (TDA) y la Tasa de Detección de Pólipos (TDP) son fundamentales, siendo esta última una medida más práctica en entornos con acceso limitado a resultados histopatológicos.



**Métodos:** Este estudio evaluó la TDP en 154 colonoscopias realizadas por dos gastroenterólogos en entrenamiento bajo supervisión experta en un programa de especialización Colombiano. Se incluyeron pacientes  $\geq 50$  años en contexto de colonoscopia diagnóstica o de tamización, excluyendo las colonoscopias incompletas, urgentes o con indicación terapéutica específica. Se determinó además la localización y morfología de los pólipos se calculó la tasa de conversión TDP/TDA.

**Resultados:** La TDP global fue 37.6%, mientras que en colonoscopias con indicación de tamización la TDP fue 48.4%. Usando una tasa de conversión TDA/TDP de 0.688, se estimó una TDA global del 25.9% y



del 33.3% en el subgrupo de tamización. Los pólipos se encontraron principalmente en colon sigmoides (36.5%), siendo la morfología ls la más frecuente (64.4%).

**Conclusión:** Los resultados reflejan una adecuada correlación con estudios previos publicados en poblaciones similares y que tienen un impacto clínico alto. El estudio evidencia el potencial de la TDP como indicador de calidad en el contexto clínico y en programas de entrenamiento, además, sirve como punto de partida para aplicar estrategias de mejora en educación para alcanzar estándares más altos.



 % de colonoscopias sin detección de pólipos  
 % de colonoscopias con detección de al menos un pólipo



 % de colonoscopias sin detección de pólipos  
 % de colonoscopias con detección de al menos un pólipo



## Análisis de colonoscopías y sus hallazgos realizadas en adultos mayores: experiencia de un hospital público

Catalina Farias Aqueveque<sup>1</sup>, Elizabeth Arriagada Hernandez<sup>1</sup>, Veronica Silva Figueroa<sup>1</sup>, Patrick Sadler Spencer<sup>1</sup>, Fernanda Matamala Gonzalez<sup>1</sup>, Carla Neira<sup>1</sup>, Therius Gelin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital San Borja Arriaran

### Introducción

La colonoscopia es una herramienta diagnóstica y terapéutica fundamental en la evaluación del tracto digestivo inferior, especialmente en adultos mayores, donde la prevalencia de patologías como pólipos, cáncer colorrectal y trastornos funcionales sería más alta. Sin embargo, la relación riesgo-beneficio debe evaluarse cuidadosamente en esta población.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, indicaciones, hallazgos endoscópicos y rendimiento diagnóstico de las colonoscopías realizadas en adultos mayores durante un período de 12 meses en un centro asistencial.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de colonoscopías realizadas en pacientes mayores de 60 años durante 1 año en servicio de endoscopia Hospital clínico San Borja Arriaran, a partir de registros endoscópicos y fichas clínicas. Se analizaron variables demográficas, indicación del examen, calidad de la preparación, hallazgos relevantes (pólipos, lesiones sospechosas, divertículos, colitis, etc.), y complicaciones asociadas.

**Resultados:** Se analizaron 1438 colonoscopías realizadas el año 2024. Población edad promedio 48 años (1-94 años), siendo el 55,5% de la población mayor de 60 años, con promedio edad de 70 años para este grupo. La preparación fue adecuada en 62,2% de casos,

evaluando preparación mediante escala Boston se observó valores similares en ambos grupos, Boston promedio 7,2 puntos. Se identificó diferencias estadísticamente significativas en la población adulto mayor v/s población adulta, con pesquisa de lesiones neoplásicas y preneoplásicas, observando presencia de pacientes con pólipos colónicos 25% v/s 13,2%; sin embargo, con promedio pesquisa de pólipos por paciente 2,5 pólipos, similar en ambas poblaciones. La tasa de detección de pólipos fue 44,8 %, y de adenomas avanzados 6%, con un 18% de pesquisa de Cáncer de colon predominio recto sigmoide. No se registraron complicaciones mayores.

**Conclusión:** La colonoscopia en adultos mayores continúa siendo examen de alto valor diagnóstico, especialmente en indicaciones bien seleccionadas. El rendimiento es clínicamente significativo, y con una adecuada preparación y evaluación pre-procedimiento, mantenido un perfil de seguridad aceptable.



## Microbiota gástrica de pacientes con lesiones preneoplásicas en zonas de alto riesgo de cáncer gástrico en Colombia

Lizeth Vanessa Pabón Figueroa<sup>1</sup>, Kevin Andres Guzman Bastidas<sup>2</sup>, Alvaro Jairo Pazos Moncayo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Tecnoacademia de Túquerres/Servicio Nacional de Aprendizaje SENA; Grupo de Investigación en Salud Pública del Centro de Estudios en Salud - CESUN/ Universidad de Nariño

<sup>2</sup> Grupo de Investigación en Salud Pública del Centro de Estudios en Salud - CESUN/ Universidad de Nariño

<sup>3</sup> Departamento de Biología, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales/Universidad de Nariño

### Introducción

El cáncer gástrico (CG), de etiología multifactorial, se desarrolla progresivamente durante décadas. Es la tercera causa de muerte por cáncer a nivel mundial y la primera en Colombia. Las herramientas metagenómicas permiten explorar el papel de la microbiota en su génesis.

**Objetivo:** Analizar la composición de la microbiota gástrica en pacientes con lesiones preneoplásicas en zonas de alto riesgo de CG en Colombia.

**Metodología:** Se incluyeron 30 pacientes con dispepsia. Las lesiones gástricas se clasificaron según el sistema OLGA. Se extrajo y purificó ADN, y se secuenció el gen 16S rRNA mediante Oxford Nanopore. Se calcularon índices de diversidad alfa (Shannon, Simpson, ACE) y beta (Bray-Curtis), analizados en R con pruebas estadísticas ( $p < 0,05$ ). Las variables categóricas incluyeron: tipo de lesión (gastritis no atrófica y atrófica, con o sin metaplasia), procedencia geográfica, tasa de mortalidad (alta/media), edad (G1:  $\leq 30$ ; G2: 31-49; G3:  $\geq 50$  años) y presencia de *H. pylori* (alta/baja abundancia). El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional y se obtuvo consentimiento informado.

**Resultados:** El análisis de diversidad alfa reveló diferencias estadísticamente significativas según la procedencia geográfica (índice

de Simpson;  $p = 0,007$ ) y la presencia de *H. pylori* (índice de Shannon;  $p = 0,008$  y Simpson;  $p = 0,02$ ). La diversidad beta mostró diferencias significativas en la composición de la microbiota gástrica según edad ( $p = 0,013$ ), procedencia geográfica ( $p = 0,050$ ), tasa de mortalidad del área de residencia ( $p = 0,002$ ) y presencia de *H. pylori* ( $p = 0,012$ ). El análisis de abundancia diferencial (ANCOM-BC2) evidenció mayor abundancia relativa de los géneros *Pseudomonas*, *Rhodococcus* y *Flavobacterium* en pacientes mayores ( $\geq 50$  años) frente a individuos jóvenes ( $\leq 30$  años) ( $q < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La edad, la presencia de *H. pylori*, la procedencia geográfica y tasa de mortalidad se asocian con alteraciones significativas en la diversidad y composición de la microbiota gástrica. Estos cambios podrían reflejar un proceso de disbiosis progresiva que, en contextos de riesgo, podría estar implicado en la evolución de lesiones gástricas premalignas hacia el CG.



## Caracterización genómica del cáncer de vesícula biliar en pacientes chilenos mediante secuenciación de nueva generación: hallazgos y oportunidades terapéuticas

José Ignacio Erices Rodríguez<sup>1</sup>, Evelin González Feliú<sup>2</sup>, Marcela Salgado<sup>3</sup>, Carol Barahona Ponce<sup>4</sup>, Valentina Gárate Calderón<sup>4</sup>, Pablo Baez Benavides<sup>5</sup>, Matías Freire Díaz<sup>2</sup>, Gonzalo Sepulveda Hermosilla<sup>2</sup>, Jessica Toro Carrasco<sup>1</sup>, Fernanda Morales<sup>1</sup>, Justo Lorenzo Bermejo<sup>4</sup>, Ricardo Armisen<sup>2</sup>, Katherine Marcelain<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Oncología Básico Clínico, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

<sup>2</sup> Centro de Genética y Genómica, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

<sup>3</sup> Departamento de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

<sup>4</sup> Statistical Genetics Research Group, Institute of Medical Biometry, Heidelberg University

<sup>5</sup> Centro de Informática Médica y Telemedicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

### Introducción

El cáncer de vesícula biliar (CVB) es una neoplasia agresiva con alta mortalidad en países como Chile, Perú y Bolivia. La falta de terapias dirigidas específicas resalta la necesidad de explorar nuevas estrategias terapéuticas.

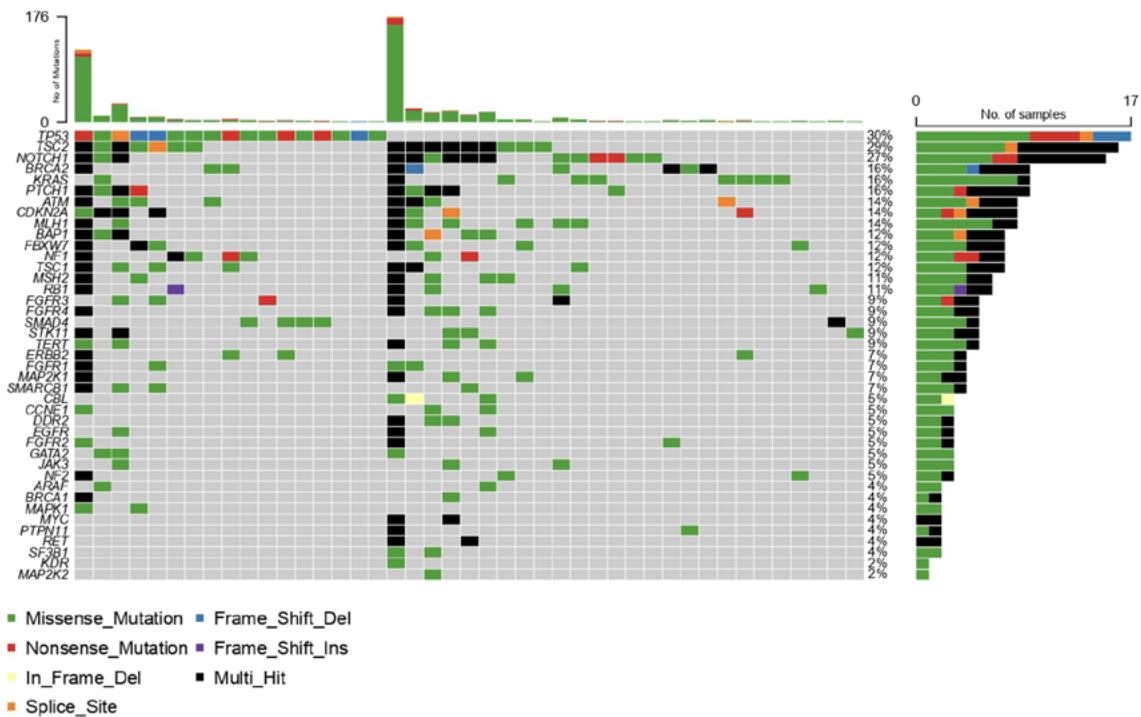
**Objetivos:** Caracterizar el perfil genómico del CVB en pacientes chilenos mediante secuenciación de nueva generación (NGS) para identificar mutaciones conductoras, variantes accionables y posibles blancos terapéuticos.

**Métodos:** Se secuenciaron 56 muestras tumorales utilizando un panel dirigido de 161 genes. Las variantes fueron clasificadas según su relevancia terapéutica usando la base de datos Cancer Genome Interpreter (CGI). Se estimó la ascendencia genética con el software Admixture y se exploró su asociación con las mutaciones somáticas.

**Resultados:** Se identificaron 535 mutaciones somáticas en 44 muestras. TP53 fue el gen más frecuentemente mutado, seguido de

TSC2, NOTCH1 y KRAS. Se detectaron 121 variantes accionables en genes como ATM, BRCA1/2, EGFR y ERBB2. Se observó una posible asociación entre mayor ascendencia amerindia y menor número de alteraciones, pero con mayor frecuencia de mutaciones en TP53. El análisis comparativo con cohortes internacionales mostró diferencias en los perfiles mutacionales. Sin embargo ERBB2 presentó una frecuencia similar entre cohortes.

**Conclusiones:** Este estudio revela oportunidades terapéuticas basadas en el perfil genómico del CVB en pacientes chilenos. Se requiere validación en cohortes más amplias para evaluar su aplicabilidad clínica en Chile y Latinoamérica.



**Figura 1.** OncoPrint de genes mutados en cáncer de vesícula biliar (GBC). La figura muestra los 41 genes más frecuentemente mutados, ordenados por frecuencia. Cada columna representa una muestra tumoral y cada fila un gen. Los cuadros de colores indican el tipo de mutación (Missense, Nonsense, deleciones, desplazamientos del marco de lectura), mientras que los grises indican ausencia de mutación. *Multi\_Hit* corresponde a genes con múltiples variantes en una misma muestra.



# Abstracts

## Parte 4: Endoscopia Terapéutica

Parte 3:  
Gastroenterología general

Parte 5:  
Hepatología



## Comparación del rendimiento diagnóstico de la biopsia con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico con y sin evaluación rápida in situ en tumores sólidos pancreáticos

Juan Antonio Chirinos Vega<sup>1</sup>, Evelyn Arciela León Estela<sup>2</sup>, Jakelyn Mariscal Blanco<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Clínica Angloamericana

<sup>2</sup> Hospital Nacional Arzobispo Loayza

<sup>3</sup> Hospital de Emergencia de Villa El Salvador

### Introducción

La biopsia con aguja fina (FNB, por sus siglas en inglés) ofrece ventajas en el diagnóstico de masas pancreáticas. La evaluación citológica rápida in situ (ROSE, por sus siglas en inglés) nos brinda información inmediata de la calidad de la muestra, sin embargo su aplicación puede ser poco accesible, más costosa e implica mayor inversión de tiempo en el procedimiento. Actualmente existen resultados ambiguos sobre el beneficio agregado que brinda.

**Objetivos:** Comparar el rendimiento diagnóstico de las biopsias con aguja fina por ultrasonido endoscópico en tumores sólidos de páncreas cuando se aplica o no evaluación rápida in situ.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal. Se incluyeron todos los pacientes con tumores sólidos de páncreas, en quienes se realizó biopsia con aguja fina mediante ultrasonido endoscópico con o sin ROSE desde enero del 2020 hasta agosto del 2024, realizado por un solo endoscopista experto. Se determinó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de cada grupo de estudio (con y sin ROSE), y posteriormente se comparó ambos grupos. La significancia estadística se estableció con un p valor < 0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 76 pacientes (55 con ROSE y 21 sin ROSE). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las características demográficas, eco endoscópicas, toma de muestras, resultados de biopsia y diagnóstico final entre ambos grupos. El 94% de las muestras del grupo con ROSE fueron adecuadas. Se obtuvieron valores de sensibilidad (90% sin ROSE y 94.1% con ROSE, p= 0.616) y valor predictivo negativo (33.3% sin ROSE y 57.1% con ROSE, p=1) comparables entre ambos grupos.

**Conclusiones:** El rendimiento diagnóstico de las USE-FNB + ROSE no es diferente a la de USE-FNB sin ROSE para el diagnóstico de tumores sólidos de páncreas cuando es ejecutado por un endoscopista experto.

Tabla 1. Medidas diagnósticas de la USE-FNB con ROSE y USE-FNB sin ROSE

	Sin Rose		Rose		p- valor
	% (n/N)	95% IC	% (n/N)	95% IC	
Sensibilidad	90 (18/20)	68.3 – 98.7	94.1 (48/51)	83.7 – 98.7	0.616
Especificidad	100 (1/1)	2.5 – 100	100 (4/4)	39.7 – 100	NC
Valor predictivo positivo	100 (18/18)	81.4 – 100	100 (48/48)	92.6 – 100	NC
Valor predictivo negativo	33.3 (1/3)	0.84 – 90.5	57.1 (4/7)	18.4 – 90.1	1

NC: No calculable



## Eficacia y seguridad en el retiro del balón intragástrico con sedación: análisis de una serie de 456 procedimientos

Manuel Alejandro Guaranda Maya<sup>1</sup>, Elizabeth Maizury Garzón Mayorga<sup>2</sup>, Karla Paulette Ruiz Conforme<sup>2</sup>, Carlos Bruno Guerrero Cedeño<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital General HOSNAG-SOCENDI

<sup>2</sup> Gastrolife Center-SOCENDI

<sup>3</sup> Gastrolife Center

### Introducción

Los balones intragástricos (BIG) como herramienta para la pérdida de peso han crecido significativamente. El proceso de extracción puede presentar riesgos que deben evaluarse cuidadosamente. Este estudio analiza eficacia y seguridad del retiro de BIG con sedación en dos unidades de gastroenterología entre 2021 y 2023.

**Objetivo:** Evaluar los resultados clínicos, complicaciones y eficacia del retiro del balón intragástrico bajo sedación controlada.

**Metodología:** Se incluyeron 456 pacientes. La sedación administrada con propofol (1-2 mg/kg) o midazolam (0,03-0,07 mg/kg), combinados

con lidocaína (1 mg/kg) y ondansetrón (4-8 mg). Estuvieron en dieta líquida dos días previos y en ayuno 4 horas antes del procedimiento. Se utilizó el kit de extracción Orbera® y pinzas de cuerpo extraño Olympus® (FG-47L-1). Los balones extraídos incluyen Silimed (182), Conevita (114), Spatz3 (91), Bariglobe (46) y Orbera (23).

**Resultados:** De los 456 pacientes, 323 mujeres (70,8%; desviación estándar [DE]: 6,3) y 133 hombres (29,2%; DE: 4,8). Edad promedio era de 32 años (DE: 4,2) mujeres y 37 años (DE: 5,1) hombres. El tiempo promedio del retiro fue 10,2 minutos (DE: 1,2). Pérdida de peso promedio según el tipo de balón fue: A los 6 meses: Silimed - 13,5 kg (19,3%; DE: 2,4), Conevita - 12,7 kg (18,7%; DE: 2,1), Bariglobe - 14,3 kg (20,1%; DE: 2,7). A los 12 meses: Spatz 3 - 21 kg (27,5%; DE: 3,4), Orbera - 18 kg (25,6%; DE: 3,0).

15 pacientes (3,3%) requirieron retiro anticipado por intolerancia. Durante el procedimiento, 18 pacientes (3,9%) presentaron desaturación,

tratada con máscara laríngea; 9 pacientes (2%) tuvieron sangrado leve en unión gastroesofágica, se resolvió espontáneamente. No hubo casos de broncoaspiración.

**Conclusiones:** El retiro del BIG bajo sedación es un procedimiento eficaz y seguro, con complicaciones mínimas y pérdida de peso significativa, especialmente en balones de mayor duración. La estandarización del protocolo y el equipo adecuado son fundamentales para reducir riesgos y optimizar resultados

Tabla 1. Resultados

Categoría	Datos
Número total de pacientes	456
Distribución por género	Mujeres: 323 (70,8%; DE: 6,3) Hombres: 133 (29,2%; DE: 4,8)
Edad promedio	Mujeres: 32 años (DE: 4,2) Hombres: 37 años (DE: 5,1)
Tiempo promedio de retiro	10,2 minutos (DE: 1,2)
Pérdida de peso promedio por balón	<b>6 meses:</b> Silimed: 13,5 kg (19,3%; DE: 2,4) Conevita: 12,7 kg (18,7%; DE: 2,1) Bariglobe: 14,3 kg (20,1% ; DE: 2,7)  <b>1 año:</b> Spatz 3: 21 kg (27,5%; DE: 3,4) Orbera: 18 kg (25,6%; DE: 3,0)
Complicaciones	Retiro anticipado por intolerancia: 15 pacientes (3,3%) Desaturación: 18 pacientes (3,9%) Sangrado leve: 9 pacientes (2%) Broncoaspiración: 0 casos



## Incidencia de pancreatitis post-CPRE tras uso de lactato Ringer y diclofenaco intramuscular como medidas profilácticas, versus el uso de diclofenaco rectal

Andrea Jackeline Abad Armas<sup>1</sup>, Estefanía Adrianela Arteaga Morocho<sup>1</sup>, Jaysoom Willeem Abarca Ruiz<sup>2</sup>, David Napoleón Armas Rivadeneira<sup>1</sup>, Cintya Borja Velasco<sup>1</sup>, Fabián Tulcanazo Sasi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

<sup>2</sup> Hospital de Especialidades Eugenio Espejo / Hospital Metropolitano.

### Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento diagnóstico y terapéutico de patologías biliopancreáticas, aunque es segura su realización también conlleva eventos adversos.

La pancreatitis post-CPRE (PEP) es una de las complicaciones más frecuentes y temidas pues aumenta la morbilidad y ocasionalmente la mortalidad, por lo que se han buscado estrategias profilácticas que disminuyan su incidencia, como la hidratación con Lactato Ringer, colocación de stents pancreáticos o la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) rectales, en nuestro entorno al no tener esta presentación se ha optado por administrar diclofenaco por vía intramuscular en todos los pacientes sometidos a CPRE e hidratar con Lactato Ringer.

**Objetivos:** Establecer la incidencia de pancreatitis post-CPRE en pacientes quienes han recibido hidratación con Lactato Ringer y diclofenaco intramuscular como medida profiláctica.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo donde se incluye a todos los pacientes de un hospital de Quito realizados CPRE; usando como prevención profiláctica de PEP diclofenaco intramuscular y lactato ringer, en segundo tiempo se compara con un estudio retrospectivo de 516 pacientes donde se realizó CPRE y se usó diclofenaco rectal e intramuscular.

El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado.

**Resultados:** La intervención reduce el riesgo a un 43.3% del riesgo del grupo control (reducción del 56.7%). Hay una asociación significativa entre el uso (o no) de la intervención y la aparición de PEP. Es decir, la incidencia de pancreatitis es significativamente diferente entre los dos grupos.

**Conclusiones:** Se encontró una reducción significativa en la incidencia de PEP en el grupo que recibió profilaxis con diclofenaco intramuscular y lactato ringer, en comparación con el grupo que uso diclofenaco rectal e intramuscular ( $\chi^2 = 9.24$ ,  $p = 0.0024$ ). El riesgo relativo fue 0.43, con una reducción absoluta del riesgo de 5% y un NNT de 20.



**Tabla 1.** Análisis de los pacientes que presentaron PEP con el uso de diclofenaco intramuscular, lactato ringer, versus solo el uso de diclofenaco intramuscular y rectal ; mediante Chi cuadrado 2x2.

	Pancreatitis no	Pancreatitis si	Total	
Diclofenaco intramuscular + lactato ringer	395	16	411	Chi-cuadrado total ( $\chi^2$ ) = 9.244
Diclofenaco rectal+ intramuscular	470	46	516	Grados de libertad (df) = 1
Total	865	62	927	Valor p = 0.0024



## Linked color imaging versus artificial intelligence-assisted linked color imaging for neoplasia detection in the colorectum: a randomized trial

Carlos Eduardo Oliveira Dos Santos<sup>1</sup>, Naohisa Yoshida<sup>2</sup>, Gabriel Malaman dos Santos<sup>3</sup>, Ivan David Arciniegas Sanmartin<sup>4</sup>, Julio Carlos Pereira Lima<sup>1</sup>, Asadur Jorge Tchekmedyan<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Santa Casa

<sup>2</sup> Kyoto Prefectural University of Medicine

<sup>3</sup> Santa Casa

<sup>4</sup> Brazil

<sup>5</sup> Department of Endoscopy, Asociación Española, Montevideo, Uruguay

### Introduction

Adenomas and sessile serrated lesions (SSLs) are neoplasms that play a role in the development of colorectal cancer. Improving adenoma (ADR) and SSL detection rates (SDR) allows for more effective prevention of colorectal cancer. Linked color imaging (LCI) and artificial intelligence (AI) have contributed to an increase in ADR and SDR. This study aimed to compare neoplasia detection rate (NDR, adenomas or SSLs) between LCI and AI-assisted LCI colonoscopy.

**Methods:** We conducted a prospective, randomized trial comparing LCI and LCI-AI in consecutive patients undergoing colonoscopy for screening, surveillance, and symptoms. We evaluated ADR, SDR, NDR as primary outcomes.

**Results:** A total of 779 polyps were detected in 622 patients included in the study (304 in LCI group and 318 in LCI+AI group); 555 were adenomas and 62 were SSLs, for a total of 617 neoplastic lesions (79.2%) in 363 patients. Comparing the LCI and LCI+AI groups, ADR, SDR, and NDR were 46.7% vs 53.1% ( $p=0.13$ ), 8.2% vs 8.5% ( $p=0.90$ ),

and 52.3% vs 56.6% ( $p=0.30$ ), respectively. The ADR in screening, surveillance, and symptomatic patients was 56.6% vs 62.8% ( $p=0.40$ ), 48.4% vs 51.6% ( $p=0.69$ ), and 35.2% vs 33.3% ( $p=0.85$ ), respectively. Mean number of adenoma per patients (0.9 vs 0.9,  $p=0.19$ ), Advanced ADR (5.9% vs 5.7%,  $p=1.0$ ), and withdrawal time (11.8 vs 11.8 min,  $p=0.93$ ) did not differ between the groups.

**Conclusions:** This study showed similar results in both groups, and even with the good performance of AI-assisted LCI, LCI alone had high ADR as well as SDR and NDR.



## Comparación de la eficacia y seguridad de la mucosectomía endoscópica convencional versus la mucosectomía endoscópica bajo agua para lesiones colorrectales de extensión lateral $\geq 20$ mm: un análisis prospectivo

Juan Eloy Paredes Méndez<sup>1</sup>, Josué Aliaga Ramos<sup>2</sup>, Jorge Luis Fernández Luque<sup>3</sup>, Deborah Rivas Navarro<sup>3</sup>, Gianmarco Silva Salvador<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Clínica Internacional

<sup>2</sup> Hospital José Agurto Tello

<sup>3</sup> Hospital Nacional Guillermo Almenara

### Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de mortalidad y tercera en incidencia global entre todos los cánceres. Por tanto, la detección precoz del CCR resulta crucial para aumentar las tasas de curación. La mucosectomía endoscópica (EMR) representa una de las principales modalidades terapéuticas para el manejo de neoplasias colorrectales superficiales, con tasas elevadas de resección en bloque, resección completa y curativa. Entre sus limitaciones hay factores anatómicos que aumentan el riesgo de resección fragmentada, como tamaño  $> 20$  mm y fibrosis submucosa. En este sentido, la mucosectomía endoscópica bajo agua (U-EMR) ha emergido como alternativa eficaz en casos técnicamente desafiantes para EMR. Diversos estudios evidencian que U-EMR ofrece un perfil favorable en eficacia, seguridad, y menor complejidad técnica comparado con disección endoscópica submucosa.

**Objetivo:** Comparar los perfiles de eficacia y seguridad de la EMR convencional frente a U-EMR en el tratamiento de neoplasias colorrectales superficiales.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional con 127 pacientes con neoplasias colorrectales superficiales, asignados a dos grupos: EMR (n = 67) y U-EMR (n = 60). En ambos se analizaron parámetros clínicos y endoscópicos: edad, sexo, tamaño, localización, características, histopatología previa, resección en bloque, curativa, eventos adversos y recurrencia. Los procedimientos fueron realizados por 1 endoscopista experto.

**Resultados:** La resección en bloque fue del 88% en EMR y del 91,6% con U-EMR (p = 0,70). A los 6 meses, la recurrencia fue del 1,4% y 8,3% respectivamente (p = 0,09). La incidencia de hemorragia tardía fue similar en ambos grupos: 1,4% y 1,6% (p = 1,00). No hubo perforación relacionada al procedimiento.

**Conclusión:** U-EMR se consolida como estrategia eficaz para optimizar la resección en bloque en neoplasias superficiales desafiantes. No obstante, la elección debe basarse en una evaluación rigurosa e individualizada de cada caso, para seleccionar la modalidad terapéutica más adecuada.

**Tabla 1.** Características clínicas, endoscópicas y resultados

	Pancreatitis no (n = 67 casos)	EMR Underwater (n = 60 casos)	Valor p
Edad (años)	65,2	69,2	
Sexo			
Masculino	37	32	0,97
Femenino	30	28	0,97
Ubicación			
Ciego	21	17	0,86
Colon Ascendente	19	12	0,37
Colon Transverso	3	7	0,24
Colon Descendente	10	8	0,99
Color Sigmoides	5	6	0,84
Recto	9	10	0,79
Tamaño de lesión			
20 - 25 mm	37	25	0,17
26 - 30 mm	15	23	0,07
> 30 mm	15	12	0,91
Aspecto endoscópico			
LST No granular	22	23	0,64
LST Granular	32	27	0,89
LST Mixto	13	10	0,86
Histopatología pre-EMR			
Adenoma con displasia de bajo grado	31	29	0,95
Adenoma con displasia de alto grado	28	21	0,54
Adenocarcinoma in Situ	8	10	0,61
Resultados de tratamiento			
Tasa de resección en bloque	59 (88%)	55 (91,6%)	0,70
Tasa de resección curativa	66 (98,5%)	55 (91,6%)	0,09
Recidiva a lo 6 meses	1 (1,4%)	5 (8,3%)	0,09
Eventos adversos			
Hemorragia digestiva	1 (1,4%)	1 (1,6%)	1,00
Perforación	0	0	1,00
Dolor abdominal	4 (5,9%)	5 (8,3%)	0,73
Nauseas - vómitos	5 (7,4%)	6 (10%)	0,84
Estenosis post-resección	0	0	1,00



## Factores asociados a complicaciones relacionados a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en un hospital de referencia en Lima - Perú

Luis Andrés Huamán Berna<sup>1</sup>, Mirko Espejo Vargas<sup>1</sup>, Milagros Dávalos Moscol<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Aparato Digestivo - HNERM

<sup>2</sup> Docente Facultad de Medicina USMP

### Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica que permite el abordaje diagnóstico y terapéutico del sistema biliopancreático. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, algunas de ellas con alta morbimortalidad.

**Objetivos:** Describir la tasa global de complicaciones post CPRE y analizar los principales factores de riesgo asociados a dichas complicaciones.

**Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes sometidos a CPRE entre enero de 2023 y diciembre de 2024 en un hospital de referencia. Se revisaron historias clínicas y registros endoscópicos. Se aplicó análisis bivariado para evaluar asociaciones entre variables y complicaciones, considerando un valor de  $p < 0.05$  como significativo.

**Resultados:** Se analizaron 2300 procedimientos. La edad media fue de  $68.4 \pm 16$  años. La tasa global de complicaciones fue de 4.3% (98). Las principales indicaciones de CPRE fueron coledocolitiasis (52.1%), estenosis biliar (17.9%) y colangitis (15.7%). Las más frecuentes fueron:

hemorragia (1.78%), pancreatitis (0.91%), colangitis (0.82%), perforación (0.52%), muerte (0.12%) y colecistitis (0.04%). La pancreatitis post-CPRE se asoció significativamente con canulación difícil (OR: 9.12,  $p < 0.001$ ), uso de precorte (OR: 4.39,  $p = 0.019$ ) y sexo femenino (OR: 3.29,  $p = 0.032$ ). La perforación se asoció con canulación difícil (OR: 7.24,  $p = 0.018$ ), de igual manera la hemorragia se asoció a canulación difícil (OR: 3.25,  $p < 0.001$ ). La colangitis presentó como principal factor de riesgo la colangioscopia (OR: 11.29,  $p < 0.001$ ) y también se asoció a edad  $> 60$  años (OR: 2.42,  $p = 0.049$ ).

**Conclusión:** La CPRE es un procedimiento eficaz, pero no exento de complicaciones. El conocimiento y la identificación de factores de riesgo como la canulación difícil, el precorte y el uso de colangioscopia permite orientar intervenciones preventivas y mejorar los resultados clínicos.

**Tabla 1.** Características generales y Complicaciones post CPRE.

Características	Total (n = 2300)	Complicaciones (n = 98)	
Sexo			
Masculino	1128 (49)	56 (57,1)	
Femenino	1172 (51)	42 (42,9)	
Edad			
Media (en años)	68,4	61,7	
> 75 años	753 (32,7)	41 (41,8)	
Indicaciones			
Coledocolitiasis	1200 (52,1)	58 (59,1)	
Estenosis biliar	413 (17,9)	15 (15,3)	
Colangitis	358 (15,7)	11 (11,3)	
Fuga biliar	147 (6,4)	0 (0)	
Otros	182 (7,9)	14 (14,3)	
Complicación / FR	n (%)	OR (IC 95%)	p-valor
Hemorragia	42 (42,9)		
Canulación difícil		3,25 (1,89 - 5,59)	<0,001
CPRE frustra		2,82 (1,56 - 5,09)	<0,001
Pancreatitis	21 (21,4)		
Canulación difícil		9,12 (3,82 - 21,98)	<0,001
Precorte		4,39 (1,27 - 15,33)	0,019
Sexo Femenino		3,29 (1,11 - 9,78)	0,032
Edad < 35 años		2,51 (0,86 - 7,34)	0,095
Coledocolitiasis no resuelta		0,71 (0,17 - 3,03)	0,89
Colangitis	19 (19,4)		
Colangioscopia		11,29 (4,44 - 28,73)	<0,001
Edad > 60 años		2,42 (1,00 - 5,87)	0,049
Perforación	12 (12,2)		
Canulación difícil		7,24 (1,38 - 37,90)	0,018
Esfinterotomía y/o precorte		1,34 (0,36 - 5,02)	0,91
Otros	4 (4,1)		



## Colangiografía digital en patología biliar compleja: experiencia clínica y resultados por localización anatómica en un centro de referencia

Sara Maquilón Tamayo<sup>1</sup>, Verónica Cambindo Santana<sup>1</sup>, Hugo Richter Roca<sup>1</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile

### Introducción

La colangiografía se ha consolidado como una herramienta clave en el diagnóstico y tratamiento de patologías biliares complejas. Su capacidad para visualizar directamente el árbol biliar permite un diagnóstico de precisión y facilita la ejecución de intervenciones terapéuticas avanzadas.

**Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo describir la experiencia clínica de tres años con colangiografía digital vía CPRE en un centro de alta complejidad, evaluando las características de los pacientes, las técnicas empleadas, el éxito técnico y clínico, y las complicaciones asociadas.

**Métodos:** Este estudio descriptivo y retrospectivo, realizado en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre 2022 y 2025, analizó 70 colangiografías consecutivas. Se recopiló variables demográficas, la etiología de la intervención, el tipo de procedimiento, el éxito técnico, los desenlaces clínicos y los eventos adversos. Análisis estadístico de resultados según tipo de intervención y localización anatómica de la patología biliar.

**Resultados:** Del total de procedimientos, 36 (51,4%) fueron realizados por complicaciones postrasplante hepático y 34 (48,6%) por otras

etiologías, principalmente tumores malignos. La edad promedio fue de 63 años (rango: 37–92), con predominio femenino (51,4%). Las intervenciones incluyeron dilatación (45,7%), remoción de litiasis (50%), instalación de prótesis (78,6%) y toma de biopsias dirigidas (21,4%). El éxito técnico global fue de 98,6% y el éxito clínico de 90%. El análisis comparativo según la localización de la intervención (extrahepática, estenosis de anastomosis, intrahepática) no mostró diferencias significativas en éxito técnico o clínico.

**Conclusión:** La colangiografía digital demostró ser una técnica segura y efectiva, con alta tasa de éxito clínico y técnico, baja incidencia de complicaciones y utilidad destacada en escenarios complejos, como el manejo de complicaciones postrasplante hepático y patología intrahepática.

Tabla 1. Comparación de características y desenlaces según localización de la estenosis biliar

Variable	Estenosis de anastomosis	Extrahepática	Intrahepática	Valor p
Edad promedio (años)	62,53	68,61	56,44	0,00
% Mujeres	46,67	60,87	37,50	n.s. (> 0,05)
% Éxito técnico	100,00	100,00	100,00	n.s. (> 0,05)
% Éxito clínico	80,00	100,00	93,75	0,05
% Sangrado	0,00	0,00	0,00	n.s. (> 0,05)
% Colecciones	0,00	0,00	0,00	n.s. (> 0,05)
% Pancreatitis agua post-CPRE	1	2	2	n.s. (>0,05)
% Prótesis	96,67	69,57	56,25	0,00
% Remoción de litiasis	43,33	60,87	50,00	0,45



## Papilectomía endoscópica: dos décadas de experiencia multicéntrica y evolución de la técnica con seguimiento a largo plazo

Rodrigo Castaño Llano<sup>1</sup>, Camilo Díaz Quintero<sup>2</sup>, David Restrepo Escobar<sup>3</sup>, Juan Puerta Botero<sup>3</sup>, Óscar Álvarez Barrera<sup>3</sup>, Lordana Mejía Kambourova<sup>3</sup>, Daniela Palacio Patiño<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Cirujano Gastrointestinal Clínica Las Américas, Clínica del Rosario, Universidad Pontificia Bolivariana

<sup>2</sup> Fellow Gastroenterología UniSanitas, Cirujano General Universidad Pontificia Bolivariana

### Introducción

La papilectomía endoscópica (PE) es el tratamiento establecido para los adenomas ampulares. Nuestra experiencia inicial del estudio con PE data de hace casi veinte años, en un contexto donde las series publicadas en Latinoamérica sobre este procedimiento son limitadas.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo comparando dos cohortes de pacientes sometidos a papilectomía endoscópica: el Grupo 1 (G1) de 2001-2011 con 26 pacientes, y el Grupo 2 (G2) de 2012-2022 con 31 pacientes. El estudio evaluó características demográficas, técnicas diagnósticas y endoscópicas, y complicaciones.

**Resultados:** Se trataron lesiones significativamente más grandes en G2 (mediana de 26mm vs 16mm,  $p<0.01$ ). El uso de inyección submucosa fue significativamente menor en G2 (51.6% vs 84.6%,  $p=0.021$ ). Hubo una adopción significativamente mayor de profilaxis con stent pancreático (80.1% vs 53.6%,  $p=0.03$ ) y AINES (35.5% vs 11.5%,  $p=0.036$ ) en G2. Las tasas globales de R0 fueron del 81% y las complicaciones incluyeron pancreatitis (14%) y sangrado (12.3%).

La recurrencia a 30 meses fue del 26.3% global, y del 35.5% en G2. Se observó una tendencia no significativa a mayor lesión residual y recurrencia en G2, posiblemente relacionada con el mayor tamaño inicial de la lesión, mayor tendencia a compromiso intracolédoco ( $p=0.073$ ) y menor tasa de resección monobloque ( $p=0.06$ ) en G2.

**Conclusiones:** Las tasas de R0 y complicaciones se encuentran dentro de los rangos reportados en la literatura internacional. La recurrencia a 30 meses, especialmente en G2, parece estar en el extremo superior del espectro reportado, influenciada por la complejidad de los casos más recientes. La evolución de la técnica muestra una menor inyección submucosa y mayor uso de profilaxis de pancreatitis, alineándose con las guías actuales.

**Tabla 1.** Características demográficas, técnicas diagnósticas y endoscópicas y de complicaciones de dos grupos evaluados en el tiempo (2001 a 2022) con papilectomía endoscópica

Variable, n (%)	Total, n = 57 (%)	Grupo 1, n = 26 (%)	Grupo 2, n = 31 (%)	p
Sexo: Mujeres	26 (45,6)	11 (42,3)	15 (48,4)	0,648
Edad, mediana (RIC)	68 (63-81)	67 (66-84)	69 (63-78)	0,312
Tamaño, mediana mm (RIC)	21 (12-32)	16 (10-21)	26 (14-37)	<0,01
<b>Diagnóstico</b>				
Ultrasonido endoscópico	25 (43,9)	4 (15,4)	12 (38,7)	0,051
Resonancia Magnética	10 (17,5)	1 (3,8)	9 (29,0)	0,013
<b>Procedimiento</b>				
Inyección submucosa	38 (66,7)	22 (84,6)	16 (51,6)	0,021
Stent pancreático	39 (68,4)	14 (53,6)	25 (80,1)	0,030
Stent pancreático y biliar	6 (11,0)	5 (19,2)	1 (3,2)	0,049
Stent biliar	8 (14,0)	6 (23,1)	2 (6,5)	0,071
Esfinterotomía biliar	9 (15,8)	7 (26,9)	2 (6,5)	0,034
AINES	14 (24,6)	3 (11,5)	11 (35,5)	0,036
Resección monobloque	44 (77,2)	23 (88,4)	21 (67,7)	0,063
Compromiso intracolédoco	14 (24,6)	2 (11,5)	8 (29,0)	0,073
R0	46 (81)	23 (88,4)	23 (74,2)	0,174
<b>Complicaciones</b>				
Pancreatitis	8 (14,0)	5 (19,2)	3 (9,7)	0,301
Sangrado	7 (12,3)	4 (15,4)	3 (9,7)	0,514
Estenosis	2 (3,5)	1 (3,8)	1 (3,2)	0,899
Colangitis	2 (3,5)	1 (3,8)	1 (3,2)	0,899
Perforación	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (3,2)	0,349
Muerte	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
<b>Seguimiento</b>				
Recurrencia a 12 meses	11 (19,3)	3 (11,5)	8 (25,8)	0,174
Recurrencia a 30 meses	15 (26,3)	4 (15,4)	11 (35,5)	0,086
Seguimiento mediana meses (RIC)	42 (36-54)	44 (36-52)	40 (33-54)	0,218



## Sobrevida de pacientes con neoplasia gástrica temprana reseca endoscópicamente: experiencia en un hospital periférico de Latinoamérica

Christian Campos Núñez<sup>1</sup>, Quesada V<sup>2</sup>, Ramos A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Gastroenterología, Hospital San Francisco de Asís (HSFA), Grecia, Costa Rica.

<sup>2</sup> Servicio de Gastroenterología, Hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Costa Rica.

<sup>3</sup> Servicio de Oncología Médica, Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica



### Introducción

La supervivencia a largo plazo tras resección endoscópica (RE) de neoplasias gástricas tempranas (NGT) ha tenido excelente resultado en Japón (Suzuki et al, 2023). En Latinoamérica carecemos de datos para evaluar estos alcances.

**Objetivos:** Analizar las características clínicas, resultados a corto y largo plazo de las RE de las NGT realizadas en un hospital periférico de Costa Rica.

**Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, incluyó pacientes sometidos a RE como tratamiento de primera línea para la NGT de tipo intestinal en el HSFA entre 12/2015 y 03/2021, con mediana de seguimiento de 72.8 meses. Periodo en que se realizaron 7168 gastroscopías. Se excluyeron pacientes con diagnósticos diferentes a la NGT y con Displasia de Bajo Grado. Se calculó el tiempo a la recurrencia, la sobrevida global y la sobrevida específica con intervalo de confianza de 95%.

**Resultados:** Se incluyeron 45 pacientes, con 50 lesiones resecaadas, mediante EMR o ESD. 51% fueron masculinos, con mediana de 66.7

años. La prevalencia de infección *Helicobacter pylori*(HP) fue 53%. Los márgenes de resección fueron negativos en 94% de las RE, sin evidenciarse una relación estadística con la técnica empleada, número de lesiones ni infección por HP. La incidencia de lesiones sincrónicas y metacrónicas es 4.4% para cada una. Solamente 4% presentaron complicaciones con sangrado tardío y perforación. Hubo una recidiva local de 0%, Sobrevida específica(SE) de adenocarcinoma intestinal del 100% y Sobrevida Global(SG) del 81% a 5 años.

**Conclusiones:** Los pacientes con NGT se presentaron con edad media de 66 años, la infección por HP estuvo presente en la mayoría de los casos. La presencia de lesiones sincrónicas y metacrónicas debe tenerse siempre en cuenta. La RE como tratamiento de primera línea para la NGT es eficaz y segura, lo cual se puede alcanzar a pesar de las limitaciones de recursos en un hospital periférico.

**Tabla 1.** Resultados a largo plazo

Estudio	Resección	Pacientes (n)	SG a 5 años	SLE o SE a 5 años	Recidiva local
Isotoma <i>et al</i> , 2009 <sup>(3)</sup>	ESD	551	97%	SE 100%	-
Gotoda <i>et al</i> , 2010 <sup>(5)</sup>	EMR - ESD	1485	92-95%		-
Choi <i>et al</i> , 2013 <sup>(6)</sup>	ESD	551	88%	SE 100%	3,5%
Tanabe <i>et al</i> , 2014 <sup>(7)</sup>	EMR - ESD	780	-	SLE 96-99%	2%
Kosaka <i>et al</i> , 2014 <sup>(8)</sup>	ESD	438	83%	SE 100%	1,1%
Suzuki <i>et al</i> , 2016 <sup>(10)</sup>	ESD	1956	92,6%	SE 99,9%	0,13%
Kim <i>et al</i> , 2018 <sup>(11)</sup>	ESD	697	96%	SLE 90%	0,9%
Shichijo <i>et al</i> , 2021 <sup>(12)</sup>	ESD	214	93%	SE 99%	0%
Ngamruengphong <i>et al</i> , 2021, EEUU <sup>(13)</sup>	ESD	127	-	-	5,5%
Quesada <i>et al</i> , 2024	EMR - ESD	45	81%	SE 100%	0%



## Safety and efficacy of the novel speedboat ultraslim bipolar with microwave energy flexible catheter for per oral endoscopic myotomy in patients with achalasia: a single-center case series

Carlos Robles Medranda<sup>1</sup>, Jorge Baquerizo Burgos<sup>1</sup>, Miguel Puga Tejada<sup>1</sup>, Maria Egas Izquierdo<sup>1</sup>, Juan Murillo Murillo<sup>1</sup>, Cristina Elías Berrezueta<sup>1</sup>, Martha Arevalo Mora<sup>1</sup>, Juan Alcivar Vasquez<sup>1</sup>, Domenica Cunto Moncayo<sup>1</sup>, Daniela Tabacelia<sup>1</sup>, Hannah Pitanga Lukashok<sup>1</sup>, Raquel Del Valle Zavala<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED)

### Introduction

Due to the lower oesophageal sphincter (LES) myotomy and lack of anti-reflux procedures, per-oral endoscopic myotomy (POEM) increases the risk of gastroesophageal reflux disease (GERD). Speedboat Ultraslim (Creo Medical, UK) includes a super high-frequency microwave in its tip, which offers the ability to cut, dissect, inject and coagulate.

**Aim:** To evaluate a single multi-modal device that integrates features for all demands required for POEM.

**Methods:** A single-centre, prospective, interventional study included patients with achalasia submitted to POEM procedure, with or without fundoplication (POEM-F). All stages (incision, tunnelling and myotomy) were performed using the Speedboat ultraslim flexible catheter. Technical and clinical success, along with safety, were the primary endpoints; post-procedure reflux symptoms and quality of life were assessed as secondary outcomes with reflux severity index (RSI).

**Results:** 19 patients (47,4% females; median age 48 years) with achalasia underwent POEM, whereas in 63.2% fundoplication was performed. Among these patients, achalasia was predominantly classified as type II (80%), 31.6% had previous treatment such as

pneumatic dilations (5/6) and Heller myotomy (1/6). The median pre-procedural Eckardt score was 7. Anterior myotomy approaches in 84.2% of the cases. POEM was technically feasible in all patients, with a mean total procedural time of 84.6 ± 26.9 minutes (POEM-F 88.2 ± 26.7 minutes; POEM 77.5 ± 28.6 minutes). Clinical success was assessed in a 1-month follow-up. 73.7% of patients denied gastroesophageal reflux symptoms, reported with an IRS of 1. The median Eckardt score was 1. During the procedure, there was no mucosal tissue damage, and no immediate or delayed complications were reported post-POEM.

**Conclusion:** Speedboat is a promising tool with bipolar and microwave energy capabilities for the management of achalasia, having substantial improvement in 74% of cases, perceived as no GERD symptomatology within the first month after procedure.



## Endoscopic Dilation of Benign Esophageal Strictures: An Effective Alternative to Surgery

Asmaa El Azhari<sup>1</sup>, Zineb Boukhal<sup>1</sup>, Fatima Zahra El Rhaoussi<sup>1</sup>, Mohamed Tahiri<sup>1</sup>, Fouad Haddad<sup>1</sup>, Wafaa Hliwa<sup>1</sup>, Ahmed Bellabah<sup>1</sup>, Wafaa Badre<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hepato-Gastroenterology Service, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Marruecos

### Introduction

Benign esophageal strictures are a severe complication of various pathologies. The primary treatment relies on endoscopic dilation. This study aims to evaluate the effectiveness of this approach in the therapeutic management of benign esophageal strictures.

**Materials and methods:** This is a descriptive and retrospective study conducted over six years (June 2018 to June 2024), including all patients with symptomatic benign esophageal strictures. Dilation was performed without fluoroscopy, with immediate endoscopic control. All patients were monitored for 24 hours, and oral intake was gradually reintroduced the day after the procedure. Success was defined as adequate passage of the endoscope after dilation and improvement of clinical symptoms.

**Results:** A total of 75 patients were included, with a mean age of 41.2 years (16-82 years). There was a predominance of males, with a male-to-female ratio of 1.34.

Patient history included peptic ulcer disease (32%), caustic ingestion (20%), toxic habits (18%), and autoimmune diseases (8%). The mean symptom duration was five months (range: 1 month - 2 years), with dysphagia being the most common symptom (93.3%).

Upper gastrointestinal endoscopy revealed impassable strictures in the lower (41.33%), middle (30.67%), and upper (28%) thirds of the esophagus. The most common causes were peptic strictures (36%), achalasia (30.66%), caustic strictures (21.33%), Plummer-Vinson syndrome (5.33%), radiation-induced strictures (2.66%), and anastomotic strictures following esophageal carcinoma surgery (4%). Dilation was performed using a balloon in 66.67% of cases (50 patients) and Savary-Gilliard bougies in 33.33% (25 patients). The median number of sessions per patient was 3.4 (range: 2-13). Success was achieved in 96% of cases, with only three failures and no significant complications.

### **Conclusion:**

Peptic and motility-related strictures were the most common etiologies of benign esophageal strictures in our study. Endoscopic dilation proved to be a simple, effective, and safe approach, avoiding the need for surgery in 96% of cases.



## Endoscopic Treatment of Benign Colon and Anorectal Stenoses: Experience From a University Hospital Center

Asmaa El Azhari<sup>1</sup>, Zineb Boukhal<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hepato-Gastroenterology Service, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Marruecos

### Introduction

Benign stenoses of the colon and anorectal region, particularly anastomotic ones, are common. Endoscopic dilation, whether mechanical using Hegar's dilators or balloon dilation, is considered the first-line treatment. The aim of this study is to assess its effectiveness.

**Materials and methods:** This is a retrospective, descriptive study conducted over 7 years, including 131 patients treated with endoscopic dilation for benign stenosis of the colon or anorectal region.

**Results:** The mean age of the patients was 46.8 years (18-79 years), with a male/female ratio of 1.09. Among them, 120 (92%) were symptomatic. The predominant etiologies were post-colorectal adenocarcinoma anastomotic stenoses (45%) and Crohn's disease (32.8%). Other causes included hemorrhagic ulcerative colitis (4.5%), hemorrhoidectomy (7.6%), colonic tuberculosis (2.29%), sigmoid volvulus (2.29%), and stenoses post-familial adenomatous polyposis

(1.52%). Two patients had a history of fissurectomy and two had a fibrous annular diaphragm.

The median number of sessions per patient was 2.2 (range 1-7). Hydrostatic balloon dilation was performed in 98 patients (74.8%) and progressive-caliber dilators in 33 patients (25.2%). No severe complications were observed. There were 13 dilation failures (9.9%).

**Conclusion:** Endoscopic dilation is a simple and effective first-line treatment. However, multiple sessions may be required, and in the case of failure, surgical intervention may be necessary.



## Descripción de las complicaciones post-CPRE en un centro de referencia para el manejo de patología hepatobiliar

Viviana Parra Izquierdo<sup>1</sup>, Juan Sebastian Frias Ordoñez<sup>2</sup>, Silvia Hoyos<sup>3</sup>, Oscar Pinto Saavedra<sup>2</sup>, Pedro Hernandez<sup>1</sup>, Ginary Orduz Diaz<sup>2</sup>, Juliep Sarmiento Navarro<sup>1</sup>, Luis Enrique Bohorquez<sup>4</sup>, Diego Cano<sup>2</sup>, Alexis Duarte<sup>2</sup>, Cristian Fabian Florez Sarmiento<sup>2</sup>, Carlos Cuadros Mendoza<sup>2</sup>, John Garces Camacho<sup>2</sup>, Juan Javier Acevedo<sup>5</sup>, Andres Guillermo Barco<sup>2</sup>, Manuel Ardila Baez<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Hospital Internacional de Colombia

<sup>6</sup> Universidad de La Sabana

### Introducción

La CPRE es el procedimiento diagnóstico y terapéutico preferido que conlleva un alto riesgo de complicaciones.

**Objetivos:** Descripción de las complicaciones post-CPRE y su manejo en pacientes del Hospital Internacional de Colombia.

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes llevados a Colangio-Pancreatografía Retrógrada Endoscópica por el grupo de especialistas del Centro de Salud Digestiva del Hospital Internacional de Colombia en el periodo 2022-2023 en quienes se presentaron complicaciones asociadas al procedimiento.

**Resultados:** Entre 2022-2023, se realizaron 485 procedimientos, el 41% con colocación de stents biliares, el 3% sin éxito, el 0,6% utilizando la técnica de rendezvous y el 0,8% incompletos debido a cambios anatómicos. 60% mujeres y 40% hombres, con una edad media de 57 años. La prevalencia de complicaciones fue del 7% e incluyó pancreatitis (41%), colangitis (32%), perforaciones (11%), hemorragia postesfinterotomía (8%) y complicaciones relacionadas con la sedación (5%). La edad media de los pacientes con pancreatitis era de 44 años. La mayoría eran mujeres, el 85% presentaba pancreatitis leve, y 7% grave. Cabe destacar la asociación con la perforación. La edad media de esta complicación fue de 42 años, 75% presentó perforación Stapfer II tras la CPRE y el 25% fístula biliar. La edad media de colangitis post-CPRE fue de 73 años, en solo un caso fue fatal. La edad media de los pacientes con hemorragia post-CPRE era de 65 años, en 34% de los casos fue necesaria una intervención radiológica con embolización selectiva. Dos casos de depresión respiratoria obligaron a interrumpir el procedimiento, y en el otro caso, laringoespasmó.

**Conclusiones:** Las complicaciones post-CPRE son difíciles de prevenir y tratar. La prevalencia de complicaciones en el Hospital Internacional de Colombia es similar a la de la literatura, y su diagnóstico y tratamiento oportuno se refleja en el bajo número de casos fatales.

**Tabla 1.** Complicaciones en pacientes incluidos (n = 485).

Complicación	Total	Hombres	Mujeres
Pancreatitis	14	2	12
- Leve	12	2	10
- Moderada	1	0	1
- Severa	1	0	1
Colangitis	11	4	7
Perforación	4	1	3
Hemorragia	3	2	1
Sedación	2	0	2
Muerte	1	0	1
- Sepsis de origen biliar	1	0	1



## Caracterización clínica y microbiológica y factores de riesgo asociados a mortalidad en adultos con colangitis aguda: un estudio retrospectivo en Colombia

Juan Pablo García-Marmolejo<sup>1</sup>, Cándida Diaz-Brochero<sup>2</sup>, Tatiana Ordóñez<sup>2</sup>, Ana María Leguizamó<sup>3</sup>, Rómulo Vargas-Rubio<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

<sup>3</sup> Unidad de gastroenterología, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

### Introducción

La colangitis aguda sigue siendo una causa importante de mortalidad intrahospitalaria y morbilidad infecciosa.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, el perfil microbiológico y factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con colangitis aguda sometidos a CPRE.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de pacientes con colangitis aguda llevados a CPRE, atendidos en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, Colombia, entre 2014 y 2022. Se analizaron las características clínicas de los pacientes y el perfil microbiológico de los

aislamientos bacterianos de hemocultivos y/o cultivos de líquido biliar. Se realizó un modelo de regresión logística univariado y multivariado para evaluar los factores potenciales asociados con la mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 327 pacientes. La mediana de edad fue 68 años (RIC 58-77). 175 (54%) eran mujeres. La etiología fue litiasica en 215 (66%) y neoplásica en 112 (34%). 69 (21%) presentaban



gravedad Tokyo I, y 258 (79%) Tokyo II y III. Se aislaron 113/242 (46%) y 156/327 (47%) hemocultivos y cultivos biliares, respectivamente. El principal microorganismo aislado fue *E. coli* 126/269 aislamientos (46%), la resistencia a la ampicilina/sulbactam fue superior al 20% en los grados 2 y 3 de gravedad. La mortalidad intrahospitalaria fue de 27/327 (9%), 67 (20%) requirieron ingreso en UCI y 51 (16%) requirieron soporte vasopresor. La etiología neoplásica (OR 5,33 IC (2,05 - 13,87),  $p = 0,001$ ) y el ingreso en UCI (OR 4,93 IC (1,57 - 15,4),  $p = 0,006$ ), se

comportaron como factores de riesgo de mortalidad estadísticamente significativos.

**Conclusiones:** En nuestra población la microbiología es similar a la descrita en las guías internacionales de práctica clínica y la resistencia a ampicilina/sulbactam fue superior al 20%. Además, la etiología tumoral de la colangitis y el ingreso en la UCI son factores de riesgo independientes de mortalidad.

**Tabla 1.** Análisis univariante y multivariante de los factores clínicos asociados a la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con colangitis aguda.

Variable	Total (n = 327) N (%)	Muertos (n = 27) N (%)	Sobrevivientes (n = 300) N (%)	Modelo bivariado OR (95% CI)	Valor de p	Modelo multivariado OR (95% CI)	Valor de p
Edad ( $\geq 65$ años)	195 (60)	16 (59)	179 (60)	0,98 (0,44 - 2,19)	0,967	0,87 (0,34 - 2,2)	0,402
Etiología							
Biliar litiasica	215 (66)	9 (33)	206 (69)	1		1	-
Neoplásica	112 (34)	18 (67)	94 (31)	4,38 (1,89 - 10,11)	0,001	5,33 (2,05 - 13,87)	0,001
Tokyo							
Grado I	69 (21)	0	69 (23)	-	-	-	-
Grado II	157 (48)	5 (19)	152 (51)	1	-	1	-
Grado III	101 (31)	22 (81)	79 (26)	8,46 (3,08 - 23,2)	< 0,001	3,39 (0,95 - 12,07)	0,059
Bilirrubina ( $\geq 6$ mg/dl)	149 (46)	15 (56)	134 (45)	1,54 (0,7 - 3,42)	< 0,001	-	-
Admisión a UCI	67 (20)	18 (67)	49 (16)	10,24 (4,34 - 24,13)	< 0,001	4,93 (1,57 - 15,4)	0,006
Uso previo de antibiótico*	45 (14)	6 (22)	39 (13)	1,91 (0,72 - 5,03)	0,189	-	-
Hoospitalización previa*	46 (14)	6 (22)	40 (13)	1,85 (0,7 - 4,88)	0,209	-	-
Bacteremia	106 (32)	17 (63)	89 (30)	4,03 (1,77 - 9,14)	0,001	-	-

\*En los tres meses anteriores a la hospitalización índice; OR: Odds Ratio, IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.



## Ultrasonido endoscópico en pacientes pediátricos

Juan Felipe Ramirez Garcia<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Arzobispo Loayza

### Introducción

El rol de la ecoendoscopia (EE) en las enfermedades gastrointestinales y hepatopancreatobiliares en adultos, está bien establecida. Su seguridad e impacto clínico en menores de edad ha sido poco estudiada. En Latinoamérica, solo existen dos reportes realizados.

**Objetivo:** Describir las características demográficas y clínicas, las indicaciones, factibilidad, seguridad e impacto clínico de la EE en pacientes pediátricos.

**Métodos:** Todos los menores de 18 años, a quienes se les realizó EE entre enero 2015 - enero 2025. Se revisaron historias clínicas y la base de datos que se completa de forma prospectiva. Se establecieron las indicaciones, seguridad e impacto del procedimiento. Hubo impacto

clínico significativo, si se estableció un nuevo diagnóstico o una nueva intervención terapéutica derivada del resultado de la EE.

**Resultados:** Se realizaron 22 EE en 22 menores (13 mujeres y 9 hombres), edad media 15,6 años (12-17 años). EE diagnóstica en el 77% de los casos. Aspiración con aguja fina (FNA) en 4 pacientes, consiguiendo un diagnóstico exacto en todos. Y un exitoso drenaje de pseudoquistes pancreáticos. La indicación más frecuente fue la patología bilipancreática (17/22), 6 por tumor de páncreas.

La EE tuvo un impacto clínico en 20 pacientes (91%). Evitando la cirugía en 2, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en 7 pacientes (5 con sospecha de coledocolitiasis y 2 con pancreatitis aguda). Tres coledocolitiasis detectadas solo por EE.

Se estableció un nuevo diagnóstico en 3/22 (13.6%) menores. En 2 pacientes no se consiguió un diagnóstico definitivo, por falta de consentimiento para la FNA.

No hubo ningún evento adverso serio. Los hallazgos e impacto clínico de la EE se demuestran en la Tabla 1.

**Conclusiones:** La EE diagnóstica y terapéutica son factibles y seguras en pacientes pediátricos. Tienen un significativo impacto clínico que motiva un cambio en el tratamiento, de la mayoría.

**Tabla 1.** Hallazgos e impacto de la ecoendoscopia en pacientes pediátricos

N°	Sexo/edad	Presentación clínica	Evaluación diagnóstica	Hallazgos de la EE	Impacto clínico
1	F/16	Dolor Abdominal	TEM: Masa sólida en cabeza de páncreas	Lesión hipoecoica, heterogénea. d/c Tumor de Frantz. FNA	FNA: Frantz. Realizó Whipple
2	F/ 16	Ictericia Obstructiva	CRMN: CCC	Litiasis Vesicular	Realizó Colelap. Evito CPRE.
3	M/16	Dolor Abdominal	TEM: Quiste en cabeza de páncreas	Quiste unilocular de 54 mm. Rechazo FNA.	Se derivó a Cirugía Pediátrica
4	F/ 17	Dolor Abdominal	RMN: Masa de contenido hemorrágico en cuerpo-cola.	Lesión hipoecoica, heterogénea. d/c Tumor de Frantz. Rechazo FNA.	Se derivó a Cirugía Pediátrica
5	F/17	Ictericia Obstructiva	TEM: Colelitiasis	Colelitiasis	Realizó Colelap. Evito CPRE.
6	M/ 16	Úlceras Esofagagástricas	d/c Gastrinoma	Normal	Manejo Médico
7	M/ 14	Dolor Abdominal	EDA: Lesión Sub epitelial Gástrica	Lesión hipoecoica, heterogénea de páncreas. d/c Tumor de Frantz. FNA	FNA: Frantz Pancreatectomía
8	F/ 14	PA - EAD	US + TEM: Colelitos	Colelitos	Realizó Colelap. Evito CPRE.
9	M/ 17	Dolor Abdominal	TEM: Nódulo en cola de Páncreas	Bazo accesorio. Litiasis pancreática. PC indeterminada.	Evito Pancreatectomía. realizó CPRE.
10	F/ 16	Ictericia Obstructiva	TEM: Colelitiasis	Colelitiasis	Realizó Colelap. Evito CPRE.
11	F/ 17	Ictericia Obstructiva	TEM: Colelitiasis	Colelitiasis	Realizó Colelap. Evito CPRE.
12	M/ 17	Dolor Anal	EDB: Lesión Sub epitelial rectal	Compresión Extrínseca rectal: Quiste de Próstata	Urología: Quiste Intraprostático Observación.
13	F/ 14	ERGE	EDA: Compresión Extrínseca Gástrica	Compresión Extrínseca: Vesícula Biliar	
14	F/ 16	Ictericia Obstructiva	RMN: Estrechez de colédoco distal	Odditis y Colelitos	CPRE y Colelap.
15	F/ 15	Ictericia Obstructiva	CRMN: Colelitos	Colelitos	Realizó Colelap. Evito CPRE.
16	F/ 17	Ictericia Obstructiva	RMN: CCC	Coledocolitiasis, CCC	CPRE y Colelap
17	M/ 16	Colestasis	US + TEM: Normal	Normal	Se descartó causa extrahepática
18	M/ 16	PA - EAD	TEM: Colecciones peripáncreáticas, Colelitiasis	WON y Colelitiasis	Realizó Colelap. Evito CPRE.
19	F/ 14	PA - EAD	Colelitiasis	Coledocolitiasis, Colelitiasis	CPRE y Colelap
20	F/ 15	Dolor Abdominal	TEM: Masa sólida en cuerpo y cola	Lesión hipoecoica, heterogénea. d/c Tumor de Frantz. FNA	FNA: Tumor de Frantz. Pancreatectomía
21	M/ 12	Dolor Abdominal	TEM + RMN: Quiste del cuerpo de páncreas	Lesión hipoecoica, heterogénea. d/c Tumor de Frantz. FNA.	FNA: Tumor de Frantz. Pancreatectomía.
22	M/ 15	Dolor Abdominal post PA	TEM: Pseudoquiste Páncreatico	Drenaje transgástrico	No requirió Cirugía

EE:ecoendoscopia; TEM:tomografía espiral multicorte; FNA:aspiración con aguja fina; CRMN:colangiografía; CCC:colecistitis crónica calculosa; CPRE:colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; RMN:resonancia magnética; D/C:descartar; EDA:endoscopia digestiva alta; PA:pancreatitis aguda; EAD:etiología a determinar; US:ultrasonido; PC:pancreatitis crónica; EDB:endoscopia digestiva baja; WON:necrosis amurallada.



## El rol de los criterios de Tokio 2018 para diferenciar pacientes con pancreatitis aguda biliar y colangitis aguda

Estefanía Adrianela Arteaga Morocho<sup>1</sup>, Jaysoom Abarca Ruiz<sup>1</sup>, Mónica Elizabeth Proaño Sánchez<sup>1</sup>, Janneth Aracely Valdivieso Maggi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

### Introducción

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad pancreática inflamatoria que afecta a todas las edades, con una incidencia anual de 10 a 50 casos por cada 100.000 personas.

La mayoría de los pacientes con PA presentan una enfermedad leve y autolimitada. Por el contrario, entre el 15% y el 20% de los pacientes con PA desarrollan complicaciones locales o sistémicas, que frecuentemente conducen a insuficiencia orgánica múltiple.

Otras controversias incluyen el momento del reinicio y la importancia del soporte nutricional, el papel de los antibióticos profilácticos.

La colangitis aguda es una emergencia potencialmente mortal, causada por la obstrucción biliar, comúnmente causada por un cálculo biliar (coledocolitiasis). La estasis biliar provoca una infección del árbol biliar conocida como colangitis. La colangitis se clasifica en tres categorías según la gravedad de los síntomas. Las infecciones son polimicrobianas y se deben principalmente a bacilos gramnegativos. El tratamiento consiste en el inicio temprano de antibióticos y la descompresión biliar inmediata.

**Objetivos:** Diagnosticar y diferenciar entre colangitis y pancreatitis mediante; clínica, imagen y laboratorio.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo con 95 pacientes hospitalizados durante 2024 donde los criterios de inclusión fueron colangitis grado I-II según los criterios de Tokio 2018, y pancreatitis según los criterios de ATLANTA. El análisis se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado.

**Resultados:** Con resultados donde el valor p- valor es 0.17 el cual es mayor que 0.05 el resultado es estadísticamente no significativo entre el diagnóstico de las dos patologías comparadas colangitis y pancreatitis.

**Conclusiones:** Se concluye que utilizando los criterios de TOKIO 2018, no existe confusión al momento del diagnóstico entre las dos patologías mencionadas.

**Tabla 1.** Análisis de los pacientes que presentaron colangitis con o sin pancreatitis; mediante Chi cuadrado 2x2

	Pancreatitis no	Pancreatitis si	
Colangitis grado I	61	19	p-value es 17
Colangitis grado II	14	1	
Total	75	20	p < .05.



## Relación neutrófilo-linfocito y desenlaces clínicos en colangitis aguda: un estudio retrospectivo en Colombia

Juan Pablo García-Marmolejo<sup>1</sup>, Juan Samuel Hernández<sup>1</sup>, Ana María Leguizamó<sup>2</sup>, Rómulo Vargas-Rubio<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Unidad de gastroenterología, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

### Introducción

La colangitis aguda sigue siendo una causa importante de mortalidad intrahospitalaria y morbilidad infecciosa, son necesarios métodos de tamizado para predecir severidad

**Objetivo:** Evaluar la asociación de desenlaces clínicos dependiendo del punto de corte de la relación neutrófilo-linfocito (RNL) en pacientes con colangitis aguda sometidos a CPRE.

**Métodos:** Estudio de cohorte observacional analítico retrospectivo en pacientes con colangitis aguda atendidos en un hospital de cuarto nivel de Bogotá, Colombia, entre 2014 y 2022. Se excluyeron pacientes

con comorbilidades inflamatorias severas como pancreatitis aguda y autoinmunes. Se evaluaron los desenlaces clínicos de severidad, mortalidad intrahospitalaria, uso de vasopresor, ventilación mecánica y admisión unidad de cuidado intensivo (UCI). Se realizó un modelo de regresión logística para evaluar la relación neutrófilo-linfocito y los desenlaces clínicos.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 289 pacientes. La mediana de edad era de 68 años (RIC 58-77). 151 (52.2%) eran hombres. 102 pacientes tenían una condición oncológica (35.3%). La mediana de la RNL fue de 9.9 (RIQ 4.2-22.3). La relación neutrófilo/linfocito (RNL) mostró una diferencia significativa entre los grupos de severidad. La curva ROC para colangitis sevr (Tokyo III) arrojó un AUC de 0.85 y se propuso un punto de corte en RNL  $\geq$  8.27. RNL fue significativamente más alta en pacientes que requirieron vasopresores con un AUC de 0.71 y se propuso un punto de corte en RNL  $\geq$  10.2. No se observaron

diferencias estadísticamente significativas entre RNL y mortalidad, ingreso a UCI ni ventilación mecánica.

**Conclusiones:** La RNL tiene una capacidad de discriminación moderada para colangitis severa (AUC: 0.85) y necesidad de vasopresores (AUC: 0.71). Puede ser útil como herramienta de tamizaje inicial cuando no se dispone del puntaje SOFA. En pacientes oncológicos y mayores de 75 años, el rendimiento de la RNL disminuye considerablemente.

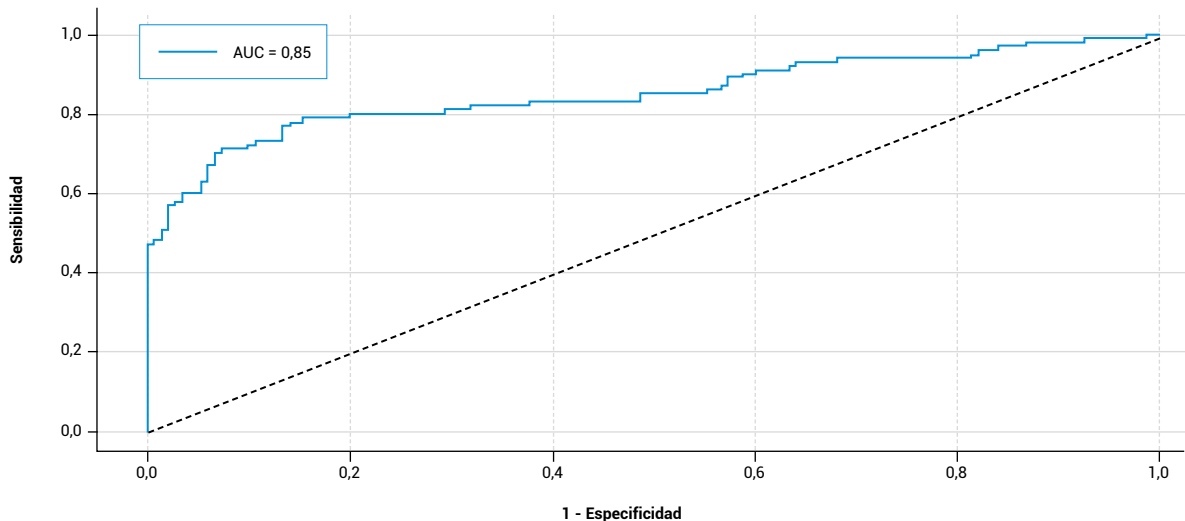


Figura 1. Curva ROX - RNL para colangitis severa.



## Rendimiento diagnóstico de la punción guiada por ecoendoscopia: experiencia clínica en nuestro servicio

José Patricio Ocampo Briones<sup>1</sup>, Jorge Iván Nieto Orellana<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SOLCA

### Introducción

Las lesiones focales pancreáticas constituyen un desafío diagnóstico dado que dichas lesiones presentan una potencial transformación maligna, es imperativo obtener un diagnóstico histopatológico a la premura posible. Inicialmente dichas lesiones solo eran abordables mediante cirugía, pero involucrando una alta tasa de complicaciones y altos costos por permanencia hospitalaria. Posteriormente se optó por otros métodos de abordaje mediados por imagenología, sin embargo, dichas técnicas tampoco estuvieron exentas de complicaciones a menudo graves, aunque inferiores al abordaje quirúrgico. Con el advenimiento de la eco endoscopia se desarrollaron nuevas técnicas con una amplia tasa de efectividad y una baja incidencia de complicaciones, aunque no deja de ser un método costoso por los insumos y equipos requeridos. En nuestro trabajo estableceremos el redito diagnóstico de las biopsias guiadas por eco endoscopia (EUS / FNB) realizadas en nuestro Servicio.

**Objetivo principal:** Establecer el redito diagnóstico de la punción guiada por ecoendoscopia en los tumores de páncreas.

#### Objetivos específicos:

1. Seleccionar pacientes que tengan lesiones focales pancreáticas detectadas por estudios de imágenes.
2. Realizar EUS / FNB a los pacientes con lesiones pancreáticas detectables y que se encuentren en condiciones clínicas óptimas para el procedimiento.
3. Recabar el diagnóstico citológico e histopatológico de las punciones eco guiadas endoscópicamente.

4. Demostrar la eficacia diagnóstica de la EUS / FNB en los pacientes con lesiones focales pancreáticas.

**Metodología:** Estudio observacional no experimental.

**Resultados:** De un total de 121 pacientes se realizaron a todos FNB obteniendo un 96% positivos para malignidad, un 3% atípicos y 1% inadecuado para diagnóstico.

**Conclusiones:** La punción guiada por ecoendoscopia (FNB) es una prueba altamente confiable, segura y eficaz, que es posible realizarla con una baja tasa de complicaciones y mínima estancia hospitalaria, lo que la convierte en una herramienta útil y con un alto redito diagnóstico en las lesiones focales de páncreas.



## Impacto de la ablación por radiofrecuencia complementaria al tratamiento con quimioterapia en la supervivencia de pacientes con colangiocarcinoma extrahepático

Jorge Ivan Nieto Orellana<sup>1</sup>, Jose Patricio Ocampo Briones<sup>1</sup>, Oscar Roberto Villa Lema<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SOLCA

### Introducción

El colangio carcinoma extrahepático (CCE) representa un desafío terapéutico debido a su diagnóstico tardío y agresividad. La mayoría de los pacientes son diagnosticados en estadios avanzados e inoperables, siendo la recanalización biliar con stents metálicos mediante CPRE la terapéutica de elección. La asociación de quimioterapia sistémica (QTS) puede ofrecer un control limitado con una baja expectativa de vida, sin embargo, la incorporación de la ablación por radiofrecuencia endoscópica (eRFA) asociada ha mostrado prolongar la sobrevida.

**Objetivo general:** Evaluar el impacto de la ablación por radiofrecuencia endoscópica como tratamiento complementario al uso de stents combinada a quimioterapia en la supervivencia de pacientes con colangiocarcinoma extrahepático.

#### Objetivos específicos:

1. Identificar las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de colangiocarcinoma extrahepático.
2. Comparar la supervivencia entre el grupo de pacientes tratados con ablación por radiofrecuencia endobiliar (eRFA) combinada con stents y quimioterapia sistémica; versus aquellos que solamente fueron tratados con stents biliares y quimioterapia.
3. Identificar las complicaciones de la ablación por radiofrecuencia en pacientes con colangiocarcinoma extrahepático.

**Métodos:** Estudio observacional de cohorte retrospectivo.

**Resultados:** El grupo a los que se le realizó CPRE con inserción de stents y posterior uso de quimioterapia sistémica (QTS) demostró una supervivencia global media de hasta 11,7 meses.

El grupo a los que se le realizó terapéutica endoscópica de CPRE con stents y adicionalmente eRFA en combinación con QTS demostraron un aumento de la tasa de sobrevida de entre 15,0 a 17,3 meses.

**Conclusiones:** La eRFA es un método seguro y eficaz que contribuye a prolongar significativamente la sobrevida del paciente con colangiocarcinoma extrahepático.

La CPRE con inserción de stents y posterior quimioterapia sistémica (QTS) demostró una supervivencia global media de 11,7 meses.

La adición de la eRFA demostró un aumento de la tasa de sobrevida entre 15,0 a 17,3 meses.



## Ecoendoscopia con PAAF en tumores sólidos de páncreas: estudio transversal en un hospital de alta especialidad

Carlos Arturo Robles Jara<sup>1</sup>, Jonathan Hernaldo Moreira Alcívar<sup>1</sup>, Pedro Antonio Reyna Garces<sup>1</sup>, Johnny Fernando Torres Parrales<sup>1</sup>, Henyerlin Doriela Pacheco Bravo<sup>1</sup>, Gema Leonela Giler Palacios<sup>1</sup>, Lorena Paola Vélez Padilla<sup>1</sup>, Gema Monserrate Loor Cedeño<sup>1</sup>, Jorge David Guamán Vera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Madre Teresa – IECED Manabí

### Introducción

El cáncer de páncreas es la sexta causa de muerte por patologías oncológicas a nivel global, principalmente por su diagnóstico en estado tardío, lo que limita significativamente las opciones terapéuticas. La ecoendoscopia con PAAF (ECO -PAFF) se constituye en una herramienta muy importante para la confirmación histológica de su diagnóstico.

**Objetivo:** Demostrar la utilidad de la elastografía ecoendoscópica al realizar la biopsia blanco para un mayor rendimiento diagnóstico.

**Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, unicéntrico entre enero 2023 a marzo 2025. Se incluyó pacientes mayores de 18 años con lesiones sólidas de páncreas, confirmadas por ECO-PAAF con agujas FNB (22Ga) e histología posterior. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva y se estimó un punto de corte del STRR, aplicando un análisis AUC/ROC, para determinar la mejor selectividad en el abordaje con ECO-PAAF entre lesiones solidas malignas y no malignas.

**Resultados:** El estudio abarcó un total de 35 pacientes, cuya edad promedio fue de 58 años. El adenocarcinoma fue el más frecuente

(72,7%), seguido por el neuroendocrino (9,1%), con localización en la cabeza en un 80%, mayoritariamente de más de 30 mm en un 74,3%. El síntoma más común fue el dolor abdominal (54,3%), y en más de dos tercios de las lesiones se detectó invasión vascular. En cuanto a la elastografía, un valor de STRR>104 (AUC=0.783, Sig. Asint. =0.045) mostró una sensibilidad del 76,7%, la especificidad fue de 80%, el VPP del 95,8% y VPN del 36,4%, para la selección de la biopsia blanco.

**Conclusión:** Los hallazgos del estudio demostraron una mayor incidencia de malignidad en las lesiones sólidas del páncreas. Así mismo, valores de STRR>104 en la biopsia blanco se asoció con un mayor índice de lesiones malignas según el estudio histológico realizado a posteriori.

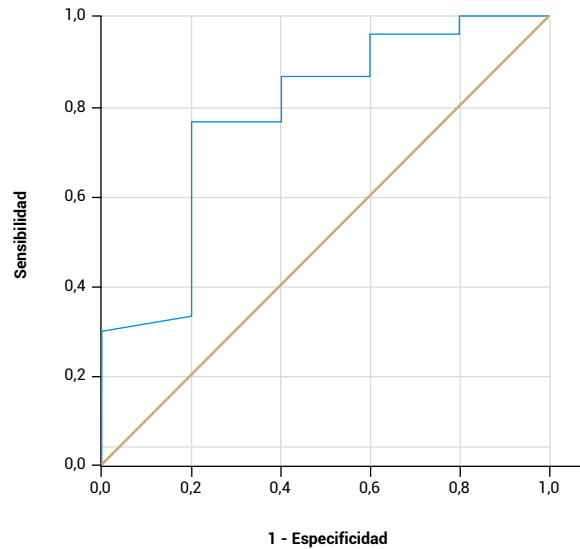


Figura 1. Curva COR



## Utilidad de la ecoendoscopia en sala como predictor diagnóstico para optimizar la indicación de CPRE

Carlos Arturo Robles Jara<sup>1</sup>, Jonathan Horaldo Moreira Alcívar<sup>1</sup>, Pedro Antonio Reyna Garces<sup>1</sup>, Johnny Fernando Torres Parrales<sup>1</sup>, Henyerlin Doriela Pacheco Bravo<sup>1</sup>, Gema Leonela Giler Palacios<sup>1</sup>, Lorena Paola Vélez Padilla<sup>1</sup>, Gema Monserrate Loo Cedeño<sup>1</sup>, Jorge David Guamán Vera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Madre Teresa – IECED Manabí

### Introducción

La coledocolitiasis representa una causa frecuente de colestasis obstructiva, pudiendo derivar en complicaciones graves como colangitis o pancreatitis biliar. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el tratamiento estándar para la extracción de cálculos en la vía biliar principal (VBP). Por otra parte, la ecoendoscopia (EUS) ha demostrado ser una herramienta diagnóstica con alta sensibilidad en pacientes con litos  $\leq$  de 5mm y/o barro biliar en la VBP.

**Objetivo:** Determinar el rendimiento diagnóstico de la EUS en sala para la indicación inmediata de CPRE en pacientes derivados con criterios diagnósticos para coledocolitiasis.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital especializado en patología digestiva, donde se incluyeron pacientes mayores de 10 años atendidos entre enero de 2023 y diciembre de 2024, con criterios diagnósticos para coledocolitiasis y con evolución clínica menor a seis meses. Se excluyeron aquellos con antecedentes de CPRE, contraindicaciones médicas no gastroenterológicas, anomalías hepatobiliares y/o embarazo. Para el análisis de rendimiento se evaluaron las métricas diagnósticas de la EUS tomando como referencia los resultados obtenidos en los pacientes seleccionados para CPRE.

**Resultados:** De 327 pacientes evaluados, el 59.6% (n=195) fue sometido a CPRE posterior a una EUS positiva en sala. La EUS mostró una sensibilidad del 100% y especificidad del 68.2%, con un valor predictivo positivo de 92.7% y un valor predictivo negativo del 100%. La precisión global fue del 93.7%. La razón de verosimilitud positiva fue 3.14 y la negativa fue 0, lo que evidencia un elevado poder de exclusión.

**Conclusión:** La EUS en sala se constituye en una herramienta diagnóstica confiable con alta sensibilidad para detectar coledocolitiasis y/o barro biliar. Su implementación sistemática permite una selección más adecuada de pacientes, reduciendo el intervencionismo innecesario y sus riesgos asociados a la CPRE.

Tabla 1.

Estadístico	Valor (%)	IC (95%)
Sensibilidad	100%	98,0 - 100
Especificidad	68,2%	52,4 - 81,4
VPP	92,7%	89,2 - 95,1
VPN	100%	88,4 - 100
Precisión global	93,7%	89,7 - 96,5



Diego Berrospi Castillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Edgardo Rebagliati Martins

## Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de muerte por cáncer en el Perú. La resección endoscópica de pólipos colorrectales ha demostrado disminuir la incidencia y mortalidad del CCR. La resección endoscópica bajo el agua (UEMR) ha surgido como una técnica eficaz y segura como alternativa para el manejo de pólipos no pediculados.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de la UEMR en pólipos colorrectales no pediculados mayores a 10 mm en un hospital de alta complejidad en Lima, Perú.

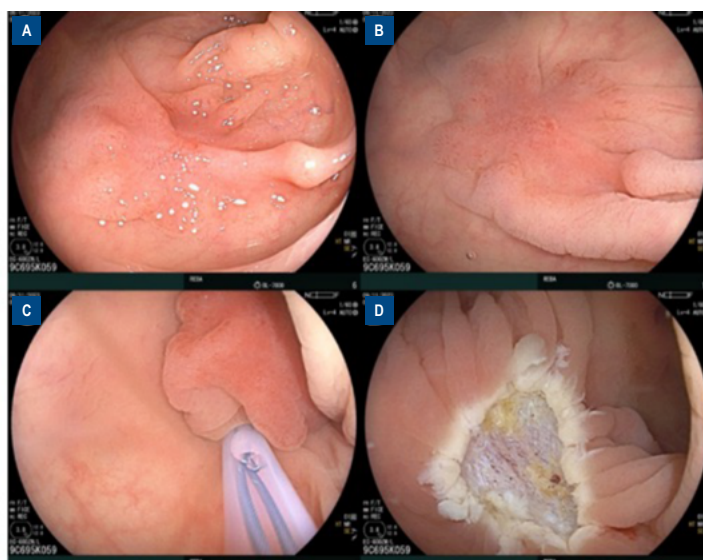
**Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes  $\geq 18$  años sometidos a UEMR entre enero y diciembre de 2023. Se analizaron tasas de resección en bloque, R0, recurrencia y complicaciones. Se recolectó información clínica, endoscópica e histopatológica.

**Resultados:** Se realizaron 119 UEMR en 91 pacientes, con una mediana de edad de 72 años. El 60,5% de las lesiones se localizó en el colon derecho, y la mayoría midió entre 10-19 mm. La tasa de resección en bloque fue 80% y la tasa R0, 78%. Se reportó una tasa de complicaciones del 15%, incluyendo un caso de perforación y 2 sangrados tardíos. La mayoría de complicaciones ocurrió en el colon derecho. La recurrencia fue del 3,1%, observada únicamente en resecciones en pedazos. Los hallazgos histopatológicos incluyeron adenomas de bajo (47,9%) y alto grado (28,6%), así como 7 carcinomas (5,8%).

**Conclusiones:** La UEMR es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de pólipos colorrectales no pediculados mayores a 10 mm, especialmente en lesiones  $\leq 20$  mm. Sus ventajas incluyen alta tasa de resección en bloque y bajo riesgo de complicaciones.

**Tabla 1.** Resumen de resección endoscópica.

No tipo de resección	n (%)
En bloque	95 (79,8%)
En pedazos	24 (20,2%)
Uso de clips profilácticos	
Si	82 (68,9%)
No	37 (31,1%)
Número de clips por procedimiento	
Mediana (RIQ)	2 (0,3)
Complicaciones	
Si	18 (15,1%)
Sangrado temprano	13 (10,9%)
Sangrado tardío	2 (1,7%)
Síndrome post polipectomía	2 (1,7%)
Perforación	1 (0,8%)
Resultado histológico	
Adenoma DBG	57 (47,9%)
Adenoma DAG	34 (28,6%)
Adenoma aserrado sésil	5 (4,2%)
Pópilo hiperplásico	11 (9,2%)
Carcinoma intramucoso	6 (5,0%)
Carcinoma con invasión SM	1 (0,8%)
No recuperado	5 (4,2%)
R0	
Si	88 (77,9%)
No	25 (22,1%)



**Figura 1.** Lesión tipo 0-IIa+IIc de 20 mm en colon descendente. **A)** Lesión evaluada con CO2. Se observa un área deprimida en el centro de la lesión. **B)** Se retira el CO2 y se coloca suero salino. **C)** Se enlaza con asa de 20 mm polifilamento. **D)** Post-resección. Resultado histológico: Adenoma tubular con displasia de alto y bajo grado.



## Comparison Between Early and Late Biliary Drainage in Cholangitis in Terms of Increased Mortality and Days of Hospitalization

Estefanía Adrianela Arteaga Morocho<sup>1</sup>, Jaysoom Willeem Abarca Ruiz<sup>1</sup>, Nancy Gabriela Hernández Hurtado<sup>2</sup>, Ligia María Jara Mendoza<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

<sup>2</sup> Comité del Pueblo

<sup>3</sup> Hospital Metropolitano

### Background

Acute cholangitis (AC) can be by a variety (often gallstones) or by the presence of a tumor. The mortality risk is high and can reach up to 20%.

**Objectives:** This research is based on the changes from TOKYO 2018, and on the early treatment of biliary tract drainage.

**Methods:** This is a retrospective study of 70 patients hospitalized during 2024 with cholangitis according to the Tokyo 2018 criteria. Analysis was performed using the chi-square test and logistic regression.

**Results:** With results where the p-value (0.001) is less than the standard significance level of 0.05, the result is statistically significant in mortality and increase in hospitalization days.

**Conclusion:** It is concluded that early drainage reduces mortality and length of hospital stay in moderate and severe cholangitis, ranging from 3 to 6 days in patients who received drainage within 48 hours. There is no significant benefit in mild cholangitis.

**Table 1.** Analysis of Hospital Stay According to the Severity of Cholangitis After Biliary Drainage Using Chi-Square Test (2x3)

	Hospitalization time 1-10 days	Hospitalization time 11-30 days	
Mild Severity	30	8	p-value is .01.
Moderate Severity	7	9	
Severe Severity	7	8	p < .05



## Supervivencia en cáncer de páncreas diagnosticado por endosonografía: diferencias según cobertura de salud y acceso a terapia

Mirían Chacón<sup>1</sup>, Daniela Simián<sup>1</sup>, Daniela Muñoz<sup>1</sup>, Paulina Toledo<sup>1</sup>, Zoltan Berger<sup>1</sup>, Carla Mancilla<sup>1</sup>, Pablo Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universidad de Chile

### Introducción

El cáncer de páncreas presenta una supervivencia global a cinco años cercana al 5%. El diagnóstico tardío condiciona el pronóstico. El acceso a diagnóstico y tratamiento varía según recursos y cobertura sanitaria de los pacientes.

**Objetivo:** Evaluar la supervivencia de pacientes con cáncer de páncreas diagnosticado por EUS y su relación con variables sociodemográficas y acceso a tratamiento.

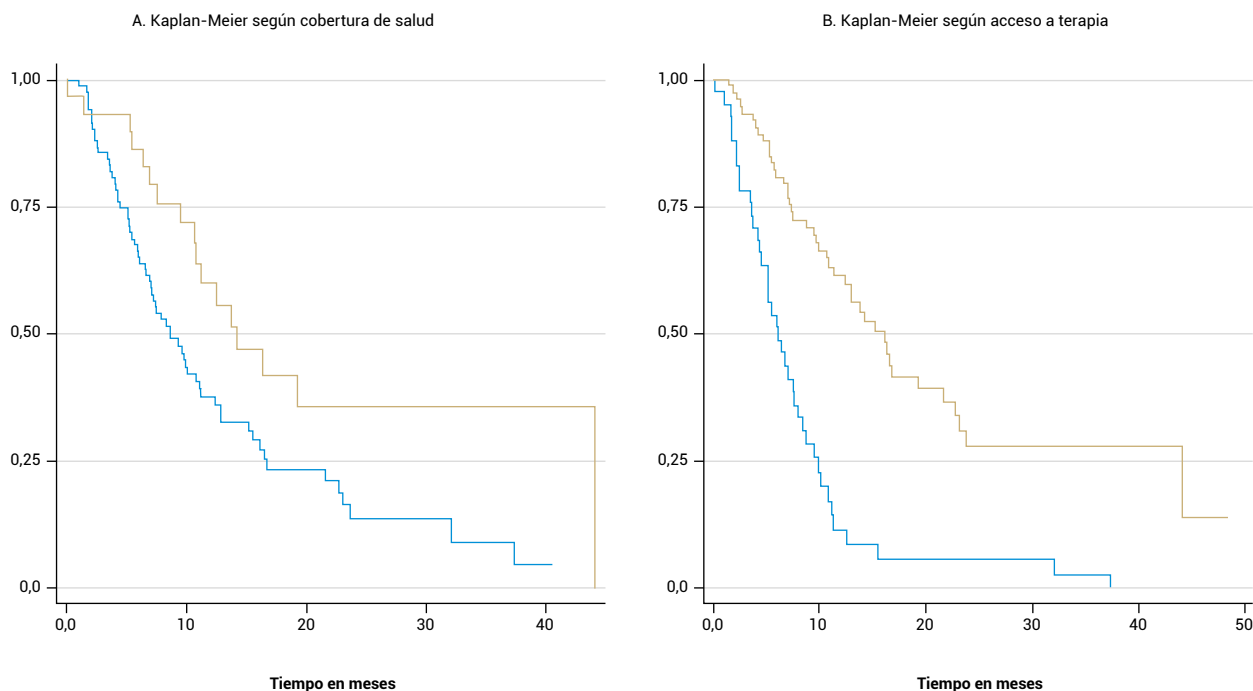
**Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes diagnosticados con cáncer de páncreas mediante endosonografía en el Hospital Clínico Universidad de Chile entre 2021-2024. Se analizaron datos demográficos, cobertura de salud y terapias recibidas (cirugía y/o quimioterapia). La supervivencia se estimó con Kaplan-Meier y se comparó con prueba log-rank. Se calculó el hazard ratio (HR) (p<0,05 significativo).

**Resultados:** Se identificaron 155 pacientes; se excluyeron 41 por información incompleta, quedando 114 para análisis; 55% mujeres, mediana de edad 67 años, 83 (73%) cobertura pública, 79 (69%) de la Región Metropolitana. Setenta y tres pacientes (64%) recibieron alguna

terapia. Al comparar las variables sociodemográficas y clínicas entre pacientes que recibieron o no terapia, se observó mayor frecuencia de pacientes con cobertura de salud pública en el grupo que no recibió terapia (88% vs 66%; p=0.012). La mediana de supervivencia fue 7,9 meses (1-40) para salud pública y 11,6 (0,1-44) para salud privada (p=0,017). Los pacientes con cobertura privada tuvieron una reducción del 49% en el riesgo de muerte en comparación con cobertura pública (HR=0,51; IC95%: 0,29-0,88; p = 0,016).

**Conclusión:** En esta cohorte, la cobertura de salud se asoció significativamente con el acceso a tratamiento y la supervivencia. Los pacientes con cobertura privada tuvieron mayor acceso a terapia y mayor supervivencia a 12 meses. Los hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la red pública oncológica y de incorporar garantías explícitas que aseguren diagnóstico y tratamiento oportunos para todos los pacientes.





**Figura 1.** Análisis de sobrevida de pacientes con cáncer de páncreas diagnosticados por endosonografía. **A)** Curva de Kaplan-Meier según cobertura de salud. Log-rank  $\chi^2 = 6,06$ ;  $p = 0,013$ . HR = 0,51; IC95%: 0,29-0,88;  $p = 0,016$ . **B)** Curva de Kaplan-Meier según acceso a la terapia. Log-rank  $\chi^2 = 31,8$ ;  $p < 0,001$ . (HR = 0,29; IC95%: 0,18-0,45;  $p < 0,001$ ).



## Endosonografía para el cáncer de páncreas en un hospital universitario: rendimiento diagnóstico

Mirian Chacon<sup>1</sup>, Daniela Muñoz<sup>1</sup>, Daniela Simian<sup>1</sup>, Paulina Toledo<sup>1</sup>, María de los Ángeles Aldas<sup>1</sup>, Tamara Alarcón<sup>1</sup>, Pablo Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universidad de Chile

### Introducción

El cáncer de páncreas es altamente letal y, en Chile, el acceso a endosonografía con biopsia (EUS-B) es limitado; por tanto, la validación local de su rendimiento es relevante.

**Objetivo:** Determinar el rendimiento diagnóstico de la biopsia pancreática guiada por EUS en pacientes evaluados por sospecha de cáncer pancreático en el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) entre 2021-2024.

**Metodología:** Estudio diagnóstico en el que se incluyeron adultos sometidos a EUS-B por masa pancreática sugestiva de malignidad. El estándar de referencia fue histología quirúrgica, evolución clínica/radiológica o muerte atribuible a cáncer pancreático a los 12 meses. Se excluyeron procedimientos con otras indicaciones, registros incompletos y neoplasias extrapancreáticas. Se determinó sensibilidad, especificidad, valores predictivos y exactitud global.

**Resultados:** Durante el periodo, se realizaron 1049 endosonografías, 659 pancreáticas; 209 fueron indicadas por sospecha de cáncer. Se descartaron 18 por neoplasias no pancreáticas (p. ej linfoma,

colangiocarcinoma o metástasis), incluyéndose 191 procedimientos en el análisis. Se utilizó aguja FNB de 22G en el 98%, con mediana de dos pases (rango: 1-5). La histología por EUS mostró 22 lesiones benignas (12%) y 165 lesiones malignas (85%), 4 muestras fueron insuficientes (1%) y 165 lesiones malignas (85%), 4 muestras fueron insuficientes (1%) y 8 Tumores Neuroendocrinos (5%). Hubo dos falsos negativos y no hubo falsos positivos. La sensibilidad global fue 98,7%, la especificidad 100%, el valor predictivo positivo 100%, el valor predictivo negativo 90,5% y la exactitud 98,8%.

**Conclusión:** La biopsia pancreática guiada por EUS en el HCUCH presenta un rendimiento diagnóstico muy alto, comparable con series internacionales, confirmando su validez como procedimiento de primera línea para la caracterización histológica de masas pancreáticas. Estos hallazgos respaldan la expansión de esta técnica en centros con alto volumen endoscópico y la capacitación de equipos multidisciplinares.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas, clínicas y relacionadas a la endosonografía de los pacientes al momento del procedimiento.

	Total N = 191
Sexo	
Femenino	106 (55)
Masculino	85 (45)
Edad (mediana; rango)	67 (19 - 90)
Diagnóstico pre-procedimiento (n; 96)	
Tumor de páncreas	166 (87)
Tumor retroperitoneal	1 (0,5)
Ictericia en estudio	8 (4)
Otro	16 (8)
Tamaño del tumor en mm (n = 179) (mediana; rango)	31 (7 - 100)
Ubicación del tumor (n; %)	
Cabeza	137 (72)
Cuello	20 (10)
Cuerpo	34 (18)
Cola	21 (11)
Tipo de aguja (n; %)	
FNA	1 (0,5)
FNB	189 (99)
Tamaño de aguja (n; %)	
22 G	187 (98)
19 G	3 (2)
Número de pases (mediana; rango)	2 (1 - 5)
MOSE positivo (n; %)	168 (88)
Diagnóstico histológico EUS (n; %)	
Benigno	22 (12)
Maligno	165 (86)
Biopsia insuficiente	4 (2)
Detalle diagnóstico histológico EUS (n = 165) (n; %)	
Adenocarcinoma	155 (94)
Tumor neuroendocrino	8 (5)
Otro	2 (1)



## Canulación biliar difícil y otros factores relacionados con la pancreatitis post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Claudia Lorena Franco Moreno<sup>1</sup>, Arturo Fernando Ruesta Córdova<sup>1</sup>, Miguel Angel Gonzales Gavilano<sup>1</sup>, Jose Oscar Baldera Guayambal<sup>1</sup>, Constantino Fernando Gutiérrez De Aranguren<sup>1</sup>, Victor Felipe Parra Pérez<sup>1</sup>, Jorge Cristhian Zapata Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Hipólito Unanue.

### Introducción

La pancreatitis post colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) es la complicación más frecuente después de los eventos adversos relacionados con la sedación.

El riesgo de pancreatitis post-CPRE está influenciado por factores específicos del paciente, del procedimiento y del endoscopista.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo propios del paciente y de los procedimientos relacionados a la pancreatitis post-CPRE.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron a todos los pacientes sometidos a CPRE entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2024. Fueron excluidos los pacientes en quienes la CPRE fue frustra, así como aquellos con datos incompletos en la historia clínica. Para explorar cuales son los factores asociados a la pancreatitis post-CPRE se utilizó un modelo GLM de la familia Poisson con enlace log y varianzas robustas, para calcular Razones de Prevalencia (RP) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se realizó un modelo crudo y uno ajustado. Se consideró significativo un valor de p menor a 0.05, y todos los análisis fueron realizados en el paquete estadístico de Stata SE v.18.

**Resultados:** Analizando las 278 CPRE que cumplieron los criterios de inclusión, la canulación biliar difícil incrementó significativamente el riesgo de pancreatitis post-CPRE (RPa 4.02; IC95%: 1.79–9.02; p=0.001). La litotricia mecánica (RPa 6.26; IC95%: 1.80–21.77; p=0.004) y el uso de stent biliar (RPa 6.47; IC95%: 2.61–16.08; p<0.001) también aumentaron el riesgo. En cambio, haber tenido CPRE previa redujo la probabilidad (RPa 0.19; IC95%: 0.04–0.94; p=0.043). La edad mostró una asociación inversa (RPa 0.97; IC95%: 0.95–0.99; p=0.018). No se hallaron diferencias significativas por sexo, tipo de fluido o volumen administrado.

**Conclusiones:** Los factores intraprocedimentales operador dependientes frente a una canulación biliar difícil así como la litotricia mecánica y colocación de stent biliar aumentaron el riesgo para el desarrollo de pancreatitis post-CPRE.

**Tabla 1.** Análisis univariado y multivariado de pancreatitis post CPRE

	Pancreatitis post-CPRE		Valor p	Pancreatitis post-CPRE		Valor de p
	RPc	IC 95%		RPa	IC95%	
Edad	0,98	0,95 - 0,99	0,019	0,97	0,95 - 0,99	0,018
<b>Sexo</b>						
Femenino			Referencia			
Maculino	0,51	0,19 - 1,33	0,173	0,69	0,27 - 1,78	0,452
<b>Motivo de CPRE</b>						
No coledocolitiasis			Referencia			
Coledocolitiasis	0,32	0,04 - 2,32	0,261	0,42	0,05 - 3,42	0,423
<b>Tipo de canulación</b>						
Canulación estándar			Referencia			
Canulación difícil	4,79	2,28 - 10,02	<0,001	4,02	1,79 - 9,02	0,001
<b>CPRE previa</b>						
Si			Referencia			
No	0,15	0,02 - 1,12	0,065	0,19	0,04 - 0,94	0,043
<b>Terapia adicional</b>						
Dilatación de vía biliar	2,45	0,80 - 7,51	0,115	2,65	0,89 - 7,92	0,080
Litotripsia mecánica	5,36	1,68 - 17,07	0,004	6,26	1,80 - 21,77	0,004
Uso de stent biliar	3,39	1,22 - 9,42	0,019	6,47	2,61 - 16,08	<0,001
Varios de los anteriores	2,03	0,58 - 7,09	0,265	2,21	0,64 - 7,58	0,207
<b>Volumen de hidratación</b>						
1 a 2 litros	0,41	0,11 - 1,48	0,177	0,42	0,13 - 1,36	0,151
Más de 2 litros	1,48	0,45 - 4,81	0,514	1,24	0,34 - 4,22	0,720



## Ampulectomía endoscópica: experiencia de un centro de referencia en Colombia

Romulo Vargas<sup>1</sup>, David la Rotta Saavedra<sup>1</sup>, Samuel Martinez-Vernaza<sup>1</sup>, Maria Juliana Parra Hernandez<sup>1</sup>, Maria Camila Betancur<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Javeriana

### Introducción

Las lesiones ampulares son infrecuentes y comprenden un espectro que va desde adenomas benignos hasta adenocarcinomas. La ampulectomía endoscópica ha emergido como una alternativa terapéutica eficaz y menos invasiva en casos seleccionados.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, hallazgos histopatológicos, complicaciones y desenlaces de una serie de pacientes sometidos a ampulectomía endoscópica.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes mayores de 18 años sometidos a ampulectomía endoscópica entre enero de 2017 y mayo de 2025. Se recopilaron variables clínicas, imágenes diagnósticas, hallazgos endoscópicos e histopatológicos, complicaciones y recurrencias. Se aplicaron estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Se incluyeron 15 pacientes, con mediana de edad de 62 años (RIQ 55,5–77,5), 60 % mujeres. El 80 % presentó estadificación T1N0 por ecoendoscopia, con una correlación histopatológica del 67 %. El diagnóstico más frecuente fue adenoma (60 %), seguido

de adenocarcinoma bien diferenciado (15 %). El 73% recibió stent profiláctico. Las complicaciones ocurrieron en el 46,7 %, principalmente sangrado leve (33,3 %), pancreatitis (6,7 %) y una perforación (6,7 %) que requirió cirugía. No se registraron muertes. Se documentaron recurrencias en el 13,3 %, todas con displasia de bajo grado. Dos pacientes con adenocarcinoma fueron manejados exitosamente solo con endoscopia.

**Conclusiones:** La ampulectomía endoscópica es una técnica efectiva y segura para el tratamiento de lesiones ampulares en estadios tempranos. La selección adecuada de pacientes mediante ecoendoscopia y un seguimiento endoscópico estricto son fundamentales para minimizar recurrencias y complicaciones. Esta serie respalda su uso como alternativa terapéutica viable en centros especializados.

**Tabla 1.** Características de la serie (n = 15)

Variable	Valor
Edad (Mediana, RIQ)	62 (55,5-77,5)
Sexo (n, %)	
Femenino	9 (60)
Masculino	6 (40)
Mediana de tamaño de la lesión en centímetros (Mediana, RIQ)	1,5 (1,045-2,5)
Uso de stent (n, %)	11 (73)
Complicaciones (n, %)	
Ninguna	7 (46,7)
Cualquier sangrado	5 (33,3)
Pancreatitis	1 (6,7)
Perforación	1 (6,7)
Otras	1 (6,7)
Recurrencia (n, %) * n=4 sin datos	2 (13,3)
Estadificación por USE (n, %)	
T1N0	12 (80)
T2N0	3 (20)
Estadificación por Histología	
T1N0	13 (88,7)
T2N0	1 (6,7)
pT1a	1 (6,7)
Correlación ultrasonográfica e histopatológica (n, %)	10 (66,7)
Mediana de tiempo de seguimiento en meses (Mediana, RIQ)	28 (13-60)



## Seguridad del retiro de balón gástrico Spatz 3 mediante endoscopia en gestantes: dos casos

Luis Alberto Cervera Caballero<sup>1</sup>, Luis Eduardo Cervera Caballero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Rebagliati / EsSalud

<sup>2</sup> Hospital Sabogal / EsSalud

### Introducción

El balón gástrico es una opción terapéutica efectiva para el manejo del sobrepeso. Su uso está contraindicado durante el embarazo. El presente informe describe el retiro endoscópico del balón Spatz 3 en dos pacientes gestantes.

**Objetivo:** Describir dos casos clínicos de retiro endoscópico de balón gástrico en gestantes sin complicaciones materno-fetales.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de dos historias clínicas de pacientes portadoras de balón gástrico que quedaron embarazadas durante el tratamiento.

#### Resultados:

**Caso 1:** Mujer de 39 años, G1P1001, médica, con sobrepeso (IMC 28.4; peso 82 kg). Se colocó balón gástrico (500 ml de solución salina más azul de metileno) con buena respuesta: pérdida de 8 kg en 6 meses (TWL 10%). Al octavo mes postcolocación se confirmó embarazo. Se decidió retiro del balón en semana 12 de gestación. El procedimiento se realizó bajo anestesia con propofol (180 mg en perfusión continua), sin complicaciones. El embarazo culminó sin incidencias, con parto vaginal de recién nacido femenino (2800 g).

**Caso 2:** Mujer de 35 años, G1P000, médica, sobrepeso (IMC 29.1; peso 86 kg). Tras múltiples intentos fallidos de pérdida de peso, se colocó balón con pérdida de 12 kg a los 6 meses (TWL 14%). Se confirmó embarazo en el mes 7 postcolocación. Se retiró el balón en semana 13 de gestación, con propofol (120 mg). Procedimiento sin complicaciones. El embarazo concluyó con parto de gemelos masculinos (2300 g y 2400 g), sin incidentes.

**Conclusiones:** El retiro endoscópico del balón gástrico el segundo trimestre de gestación (semana 12) puede realizarse de forma segura. Se recomienda anticoncepción en mujeres fértiles candidatas a balón intragástrico y coordinación multidisciplinaria ante embarazo no planificado.

**Tabla 1.** Comparativa de casos de Retiro de balón gástrico en gestantes

Variable	Caso 1	Caso 2
Edad	39 años	35 años
Gesta / Paridad	G1P1001	G1P000
Profesión	Médica	Médica
Talla	1.70 m	1.72 m
Peso inicial	82 kg	86 kg
IMC inicial	28.4	29.1
Diagnóstico adicional	Hígado graso moderado	Sin comorbilidades adicionales reportadas
Tipo de balón	Spatz 3	Spatz 3
Pérdida total de peso	8 kg	12 kg
TWL (%)	10%	14%
Mes de detección de embarazo	8° mes tras colocación	7° mes tras colocación
Semana de gestación al retiro	12 semanas	13 semanas
Anestesia utilizada	Propofol 180 mg en perfusión continua	Propofol 120 mg en perfusión continua
Complicaciones del procedimiento	Ninguna	Ninguna
Resultado del embarazo	RN femenino, 2800 g	RN gemelares masculinos, 2300 g y 2400 g



## A comparative analysis of quality of tissue samples and safety outcomes of Franseen tip needle and three-prong tip needle for EUS-guided liver biopsy: a multicenter Latin American study

Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Felipe Silva Peña<sup>2</sup>, María Gabriela Bofill Brito<sup>3</sup>, Sara Maquilón Tamayo<sup>1</sup>, Fernando Román Ortega<sup>3</sup>, Alejandro Navarrete Silva<sup>4</sup>, Manuel Jaramillo González<sup>3</sup>, María Catalina Barros Castillo<sup>1</sup>, Francisca Grandón Romero<sup>1</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Gastroenterology, Pontifical Catholic University of Chile

<sup>2</sup> Department of Digestive Surgery, Pontifical Catholic University of Chile

<sup>3</sup> Department of Internal Medicine, Pontifical Catholic University of Chile

<sup>4</sup> Internal Medicine, Hospital "Dra Eloísa Díaz Insunza"

### Introduction and aims

Endoscopic ultrasound-guided (EUS) liver biopsy offers a minimally invasive approach to tissue acquisition, providing real-time visualization and reducing complications compared to traditional methods. However, needle choice significantly impacts diagnostic yield and safety. This study compared the Franseen tip and three prong tip needles, both widely used for fine-needle biopsy, to assess their efficacy and safety in EUS-guided liver biopsy.

**Methods:** We conducted a case-control study between August 2023 and April 2025, including patients over 18 undergoing EUS-guided biopsies at two centers in Chile and Costa Rica. Retrospective and prospective data were collected for the three prong tip needle (EUS-TPT) and EUS-Franseen tip needle (EUS-FT) groups. We evaluated sample size, adequacy (per AASLD criteria), diagnostic yield, number of portal spaces, and complications (up to 30 days post-procedure). Statistical analysis utilized Chi-square and Mann-Whitney tests.

**Results:** The study included 44 patients in the EUS-TPT group (27% women, mean age 54) and 45 in the EUS-FT group (28% women, mean age 42.5). EUS-FT yielded significantly larger samples (average 54.4 mm vs. 18.3 mm for EUS-TPT;  $p < 0.001$ ). Conversely, EUS-TPT obtained

a higher average number of portal spaces (28.3 vs. 16.6;  $p < 0.001$ ). Sample adequacy per AASLD criteria was comparable (83.8% for EUS-TPT vs. 71.1% for EUS-FT;  $p = 0.176$ ). Complications were rare: EUS-FT had no complications (0%), while EUS-TPT showed a 2.3% complication rate, with no readmissions in either group.

**Conclusion:** EUS-TPT is an effective and safe technique for liver biopsy. While EUS-FT provided larger samples, EUS-TPT demonstrated superiority in the number of portal spaces, suggesting comparable or potentially better diagnostic adequacy, with a similarly low complication rate. EUS-TPT could be a valuable alternative in clinical practice, particularly for patients at higher risk with percutaneous techniques.

**Table 1.** Characteristics of both groups and summary of results

Baseline patient characteristics	EUS-TPT (N=44)	EUS-FT (N=45)	p-value
Age, median [RIQ]	57 (43-64)	45 (30-55)	<0.01
Woman, n [%]	27 (61.4)	28 (62.2)	0.934
Indication, n [%]			
MASLD	5 (11.35)	12 (26.7)	
AIH	19 (43.2)	0 (0)	
Liver Transplant Rejection	9 (20.45)	0 (0)	
Liver Test Ateration	4 (9.1)	27 (60)	
PBC	5 (11.35)	0 (0)	<0.001
DILI	0 (0)	0 (0)	
Viral Hepatitis	0 (0)	3 (6.7)	
PSC	0 (0)	2 (4.4)	
Other	2 (4.55)	1 (2.2)	
Technique effectiveness			
Length of cylinder, mm [95%]	18.3 (16.1-20.4)	54.4 (41.9-66.9)	<0.001
Averague portal spaces, n [95%]	28.3 (24.2-32.4)	16.6 (13.9-19.2)	<0.001
Adequate sample, n [%]	31 (83.8)	32 (71.1)	0.176
Diagnostic sample, n [%]	41 (97.6)	NA	
Complications			
Total complications, n [%]	1 (2.3)	0 (0)	
Light	1 (100)	0 (0)	0.309
Moderate-severe	0 (0)	0 (0)	
Readmissions, n [%]	4 (9.1)	NA	-

\* Chi square for categorical variables and Mann-Whitney for numerical variables.

AIH: Autoimmune hepatitis; DILI: Drug induced liver injury; MASLD: Metabolic Dysfunction-Associated Steatosis Liver Disease; NA: Not available; PBC: Primary biliary cholangitis; PSC: Primary sclerosing cholangitis; IQR: Interquartile range.



## Utilidad diagnóstica de los criterios ASGE para coledocolitiasis en pancreatitis aguda: análisis retrospectivo de la base COLPA

Romario Junior Ruiz Toledo<sup>1</sup>, Luis Cervera Caballero<sup>1</sup>, Felipe de la Torre Araya<sup>1</sup>, Ramiro Díaz Ríos<sup>1</sup>, Edgar Eduardo Alva Alva<sup>1</sup>, Javier José Contreras Turín<sup>1</sup>, Carol Almendra Sánchez del Águila<sup>1</sup>, Milagros Dávalos Moscol<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Aparato Digestivo, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

### Introducción

La litiasis biliar es la etiología más frecuente de pancreatitis aguda. Los criterios ASGE 2019 estratifican el riesgo de coledocolitiasis para guiar la decisión diagnóstica y terapéutica. No obstante, en este contexto inflamatorio pueden sobrestimar el riesgo, especialmente en pacientes con riesgo intermedio. Este estudio evalúa su desempeño y propone puntos de corte para mejorar la precisión diagnóstica.

**Metodología:** Cohorte retrospectiva basada en la base COLPA, construida a partir de historias clínicas de pacientes con pancreatitis aguda biliar atendidos durante 2024 en un hospital de tercer nivel peruano. La coledocolitiasis se confirmó por colangiografía resonancia magnética (CRM) o tomografía computarizada (TC) seguida de CPRE. Los pacientes se clasificaron según criterios ASGE 2019 en riesgo intermedio o alto. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas, intervalo hasta la CRM y tiempo de normalización del perfil hepático. Se evaluó la validez del criterio <<riesgo alto>> y se elaboraron curvas ROC para bilirrubina total (BT), fosfatasa alcalina (FA) y diámetro del colédoco (DC).

**Resultados:** Se incluyeron 197 pacientes; el 26.4% presentó coledocolitiasis. El grupo de riesgo alto mostró sensibilidad de 28.8%

especificidad de 88.3% (OR 3.05 frente al grupo intermedio;  $p = 0.008$ ). En pacientes sin coledocolitiasis, se realizó seguimiento laboratorial en el 84.4%; el 75.7% normalizó el perfil hepático durante la primera semana y el 95% antes de la segunda. Más del 50% esperó >7 días para acceder a una CRM. En el análisis multivariado, solo la FA fue predictor independiente (OR 1.002,  $p = 0.006$ ). Los puntos de corte óptimos fueron: BT  $\geq 3.4$  mg/dL (AUC 0.50), DC  $\geq 6.0$  mm (AUC 0.65), FA  $\geq 518$  UI/L (AUC 0.59).

**Conclusiones:** En pancreatitis aguda, los criterios ASGE 2019 de riesgo alto mantienen alta especificidad pero baja sensibilidad. Un enfoque escalonado con seguimiento clínico y bioquímico podría evitar estudios innecesarios en pacientes con riesgo intermedio.

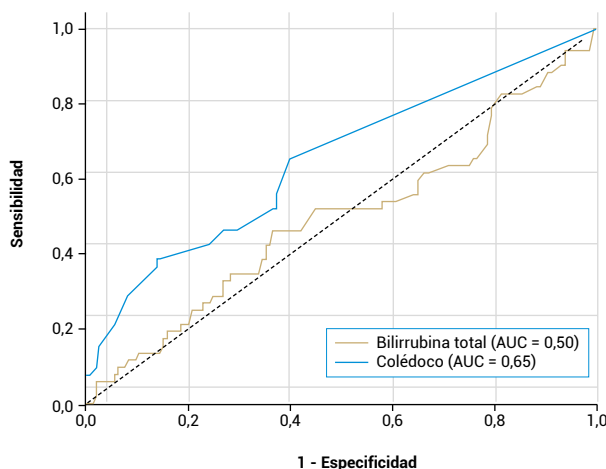
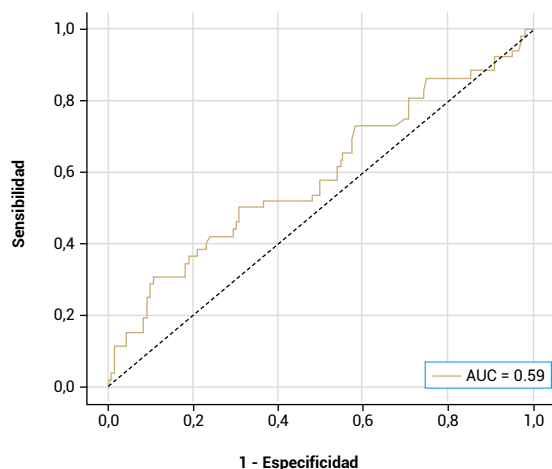


Figura 1. Curvas ROC para bilirrubina total, diámetro de colédoco y fosfatasa alcalina.

Tabla 1. Características claves y desempeño diagnóstico de la categoría <<riesgo alto>>.

Variable	Sin coledocolitiasis (n=145)	Con coledocolitiasis (n=52)	p / %
Edad (media ± DE)	53.7 ± 17.3	58 ± 19.5	0.111
Colédoco (mm)	6.6 ± 2.4	8.5 ± 3.9	0.001
FA (U/L)	239 [166–361]	305 [184–549]	0.05
BT (mg/dL)	2.8 [1.8–4.5]	3.0 [1.6–4.8]	0.921
Riesgo alto	Sensibilidad	-	28.8%
	Especificidad	-	88.3%



## Complicaciones inmediatas tras CPRE con colocación de prótesis biodegradables en pacientes con trasplante hepático

Carlos Andrés León Borja<sup>1</sup>, Gonzalo Benalcázar Decker<sup>1</sup>, Francisco Xavier Cano Calderero<sup>2</sup>, Pablo Sebastián Bermeo Escudero<sup>2</sup>, Domenica Valeria Mackliff Ordoñez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Especialidades Alfredo Paulson G.

<sup>2</sup> Universidad Católica de Santiago de Guayaqu

### Introducción

La colocación de prótesis biodegradables en la vía biliar tras CPRE ha emergido como alternativa terapéutica prometedora, especialmente en pacientes trasplantados hepáticos con estenosis anastomóticas. Sin embargo, la evidencia sobre su seguridad inmediata es limitada. Este estudio busca evaluar la presencia de complicaciones en las primeras 24 horas post procedimiento.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de complicaciones inmediatas ( $\leq 24$  h) asociadas al uso de prótesis biodegradables en la vía biliar en pacientes con trasplante hepático.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a CPRE con colocación de prótesis biodegradables entre enero y diciembre de 2024, con antecedente de trasplante hepático. Se excluyeron pacientes sin trasplante. Se analizaron las siguientes complicaciones inmediatas: pancreatitis, colangitis, hemorragia, perforación y muerte. Se evaluaron factores asociados como duración del procedimiento, canulación pancreática, coledocolitiasis, y colocación de prótesis pancreática. Se utilizó análisis descriptivo y tablas cruzadas con pruebas exactas de Fisher.

**Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes, con edad promedio de 52.6 años. La complicación más frecuente fue pancreatitis post-

CPRE (15.8%), seguida de colangitis (10.5%) y una muerte (5.3%). No se registraron hemorragias ni perforaciones. El 35.5% de los procedimientos duró más de 60 minutos. La pancreatitis se asoció a duración prolongada del procedimiento y a la presencia de coledocolitiasis ( $p=0.05$  tendencia). La colocación de prótesis pancreática y la canulación pancreática estuvieron presentes en el 15.8% de los casos. No se encontró relación significativa con la colangitis.

**Conclusiones:** El uso de prótesis biodegradables en pacientes trasplantados hepáticos sometidos a CPRE mostró una tasa de complicaciones inmediatas aceptable. La pancreatitis fue la más común, con tendencia a mayor riesgo en procedimientos prolongados y en presencia de coledocolitiasis. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

**Tabla 1.** Complicaciones inmediatas post-CPRE en pacientes con trasplante hepático

Complicación inmediata	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Pancreatitis	3	15,8%
Hemorragia	0	0,0%
Colangitis	2	10,5%
Perforación	0	0,0%
Muerte	1	5,3%



## Key predictors of clinical outcomes following intraductal radiofrequency ablation in cholangiocarcinoma

Carlos Robles Medranda<sup>1</sup>, Juan Alcivar Vasquez<sup>1</sup>, Raquel Del Valle Zavala<sup>1</sup>, Jorge Baquerizo Burgos<sup>1</sup>, Miguel Puga Tejada<sup>1</sup>, Domenica Cunto Moncayo<sup>1</sup>, Maria Egas Izquierdo<sup>1</sup>, Juan Murillo Murillo<sup>1</sup>, Cristina Elias Berrezueta<sup>1</sup>, Daniela Tabacelia<sup>1</sup>, Martha Arevalo Mora<sup>1</sup>, Hannah Pitanga Lukashok<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED).

### Introduction

Current treatment options for cholangiocarcinoma are limited. Intraductal radiofrequency ablation (I-RFA) is a complementary palliative technique, aiming to improve biliary drainage (BD), and hopefully increase overall survival (OS).

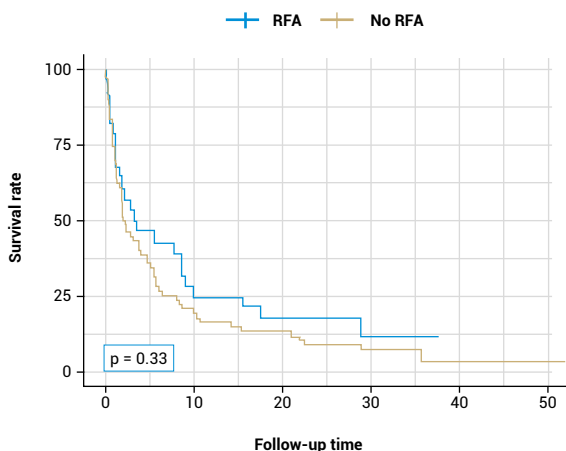
**Aim:** To identify the predictors of clinical efficacy and safety in nonsurgical cholangiocarcinoma with I-RFA.

**Materials and methods:** This retrospective single-centre study, including patients diagnosed with inoperable cholangiocarcinoma who underwent I-RFA as part of their multidisciplinary management compared to a control group. A bivariate analysis identified potential predictors of clinical efficacy and improved survival.

**Results:** 95 patients were included (28 RFA cases, 67 controls), with a median age of 66 yo (IQR 59.5 – 76), 47 female (49.5%). DSOC revealed infiltrative lesions in 61.1% (82.1% RFA vs. 52.2% controls,  $p=0.0103$ ). Pre-procedure cholangitis was more common in the RFA group (96.4% vs. 6.0%,  $p<.001$ ), while gallbladder in situ was less frequent (10.7% vs. 71.6%,  $p<.001$ ). Most RFA patients (85.8%) required treatment of

one to two biliary territories. A single stent was placed in 58 cases (61.1%), two in 34 (35.8%), and three in one (1.1%). A plastic stent was placed in 41 cases (44.1%) and a metal one in 49 (52.7%). A technical and clinical success was achieved in 91 (95.8%) with three cases of stent dysfunction (3.2%). Clinical success was higher in the RFA group (92.9% vs. 29.6%,  $p=.0291$ ), with metal stents more frequently used (71.4% vs. 44.6%,  $p=.0153$ ). Reintervention was necessary in 29 cases (30.5%). There was no significant difference in OS ( $p=0.33$ , Figure 1).

**Conclusion:** I-RFA is a minimally invasive modality for patients diagnosed with inoperable cholangiocarcinoma. We found no statistically significant difference in OS between the groups. However, the clinical success rate was higher in the RFA group. This targeted therapy has a potential role for local treatment of poor surgical candidates and unresectable cases.



		Number at risk					
		0	10	20	30	40	50
RFA		28	7	5	2	0	0
No RFA		67	13	9	4	1	1
		Cumulative number of events					
		0	10	20	30	40	50
RFA		0	21	23	24	25	25
No RFA		1	54	58	62	63	63
		Cumulative number of censoring					
		0	10	20	30	40	50
RFA		0	0	0	2	3	3
No RFA		0	0	0	1	3	3





## Eficacia y seguridad del manejo endoscópico con stents metálicos autoexpandibles biliares en la hemorragia post-esfinterotomía durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Javier Jose Contreras Turin<sup>1</sup>, Mirko Abraham Espejo Vargas<sup>1</sup>, Milagros Davalos Moscol<sup>1</sup>, Ramiro Diaz Rios<sup>1</sup>, Edson Guzman Calderon<sup>1</sup>, Edgar Alva Alva<sup>1</sup>, Luis Cervera Caballero<sup>1</sup>, Wilbert Ismael Garcia Levano<sup>1</sup>, Juan Enrique Espinoza paeza<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de aparato digestivo, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

### Introducción

La hemorragia posterior a la esfinterotomía es una complicación reconocida de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), con potencial para evolucionar a cuadros severos. Las terapias hemostáticas tradicionales pueden fallar en ciertos casos, especialmente ante sangrados activos intensos. Los stents metálicos autoexpandibles totalmente cubiertos (FC-SEMS) han ganado protagonismo como herramienta hemostática, permitiendo compresión mecánica directa y drenaje biliar simultáneo.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del uso de FC-SEMS para el control de la hemorragia post esfinterotomía en pacientes sometidos a CPRE en un centro de alta complejidad.

**Métodos:** Se realizó una serie de casos retrospectiva en pacientes con hemorragia post esfinterotomía (inmediata o tardía), tratados con FC-SEMS entre diciembre de 2022 y febrero de 2024 en un hospital nacional de referencia. Se analizaron características clínicas, tipo y momento del sangrado, terapias previas, éxito técnico, hemostasia inmediata, resangrado, complicaciones y duración de permanencia del stent.

**Resultados:** Se incluyeron 15 pacientes, de los cuales 14 (93.3%) presentaron hemorragia inmediata y 1 (6.7%) tardía. En 8 pacientes (53.3%) se colocó FC-SEMS como tratamiento primario sin

intervenciones previas. El éxito técnico fue del 100% y se logró hemostasia inmediata en 13 pacientes (86.7%). Se reportaron 2 casos (13.3%) de resangrado, ambos manejados exitosamente con embolización arterial. Se observó migración del stent en 2 casos (13.3%) sin otras complicaciones mayores. El tiempo promedio de permanencia del FC-SEMS fue de 15.8 días (rango: 3–30 días).

**Conclusiones:** El uso de FC-SEMS demostró ser una estrategia altamente efectiva y segura para el manejo de hemorragias post esfinterotomía, incluso como terapia inicial en casos seleccionados. Su perfil técnico favorable y baja tasa de complicaciones respaldan su inclusión dentro del algoritmo terapéutico endoscópico, especialmente en contextos de sangrado activo refractario.

Variable	Valor
Número total de pacientes	15
<b>Tipo de hemorragia</b>	
Inmediata	14 (93,3%)
Tardía	1 (6,7%)
<b>Terapias previas al FC-SEMS</b>	
Sin tratamiento previo	8 (53,3%)
Con adrenalina/coagulación	7 (46,7%)
Éxito técnico de colocación del FC-SEMS	15 (100%)
<b>Hemostasia inmediata lograda</b>	13 (86,7%)
<b>Casos de resangrado</b>	2 (13,3%)
Requirieron embolización arterial	2 (13,3%)
<b>Complicaciones asociadas al FC-SEMS</b>	
Migración del stent	2 (13,3%)
Colangitis / pancreatitis / perforación	0 (0%)
Promedio de tiempo de permanencia del stent	15,8 días (rango: 3–30)



## Diagnostic accuracy of real-time artificial intelligence-assisted biopsy during digital single operator cholangioscopy: a single center randomized controlled trial

Carlos Robles Medranda<sup>1</sup>, Jorge Baquerizo Burgos<sup>1</sup>, Juan Mendez Guevara<sup>2</sup>, Miguel Puga Tejada<sup>1</sup>, Maria Egas Izquierdo<sup>1</sup>, Juan Murillo Murillo<sup>1</sup>, Domenica Cunto Moncayo<sup>1</sup>, Cristina Elias Berrezueta<sup>1</sup>, Juan Alcivar Vasquez<sup>1</sup>, Daniela Tabacelia<sup>1</sup>, Martha Arevalo Mora<sup>1</sup>, Raquel Del Valle Zavala<sup>1</sup>, Hannah Pitanga Lukashok<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED).

<sup>2</sup> MD Consgroup

### Introduction

The optimisation of visually targeted biopsy sampling can improve the diagnostic accuracy of indeterminate biliary strictures (IBDS). The newly developed artificial intelligence (AI) algorithms for the identification of malignant biliary features play an important role in the assessment of this pathology through a computer-based targeted biopsy.

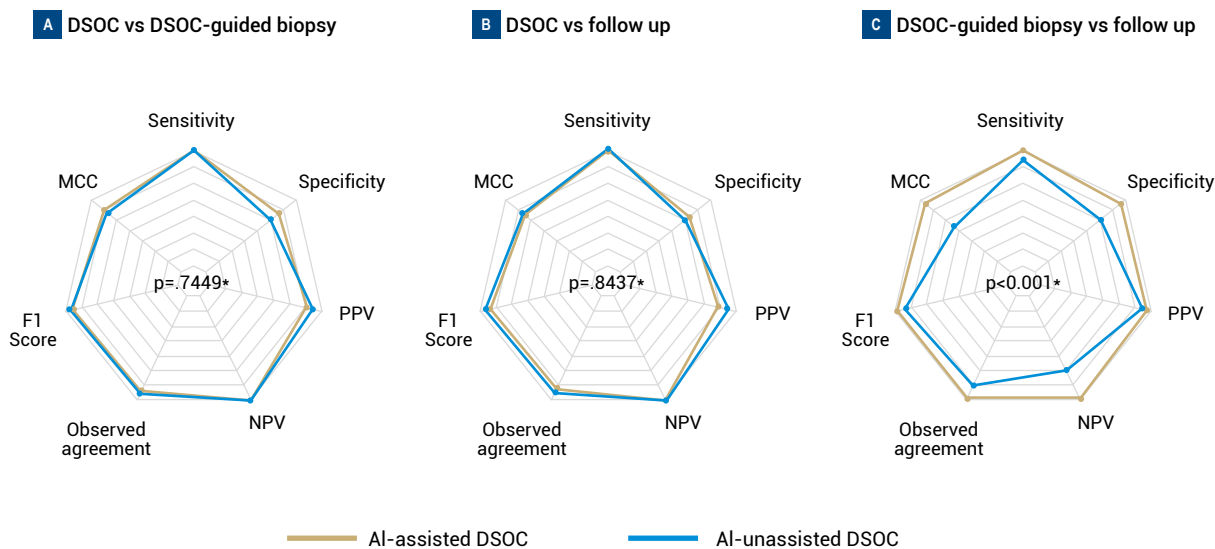
**Aim:** To evaluate the accuracy of the AIWorks-Cholangioscopy (AIWorks-Cholangioscopy, mdconsgroup, Guayaquil, Ecuador)-guided biopsies during real-time DSOC assessment

**Methods:** A single-centre, randomised, controlled diagnostic trial evaluated the accuracy of AI-guided versus standard biopsies during real-time DSOC. Adult patients requiring DSOC were randomised to AI-assisted (study group) or standard (control group) procedures. The primary outcome was the accuracy of AI in guiding biopsy collection, with adequate samples defined as biliary epithelium >0.1 mm.

**Results:** A total of 65 patients were included in the study (36 AI-assisted vs 29 AI-unassisted), median age was 65 (54 - 76), and 49.2% were female. The diagnostic accuracy of the AI-assisted compared to the AI-unassisted biopsy was 100% vs 90.9% sensitivity, 93.8% vs 71.4%

specificity, 95.2% vs 90.9% PPV, 100% vs 71.4% NPV, and 97.2% vs 86.2% (table 2), with an area under the ROC curve (AUROC) of 0.98 vs 0.81 ( $p=.111$ ). When comparing the correlation of follow-up vs AI-assisted or AI-unassisted biopsy, the AI obtained Kendall's correlation (tau) of 0.94 vs tau 0.62 reached by the endoscopist ( $p<.001$ ). The AI-assisted biopsy obtained an F1-score of 97.6% for predicting follow-up, with a Matthews correlation coefficient (MCC) of 94.5%, higher than the 90.9% and 62.3% reached by the endoscopist, respectively.

**Conclusion:** AI-assisted biopsy significantly enhances biopsy diagnostic accuracy compared to AI-unassisted biopsy. In addition to the assisted assessment of the biliary tract, AI integration improves the accuracy and reliability of the respective biopsies, reducing the risk of false negatives without increasing the false positive rate.



\*Non-parametric test for comparing two Kendall's correlations

**MCC**, Matthews correlation coefficient

**PPV**, positive predictive value

**NPV**, negative predictive value



## Utilidad diagnóstica de la razón neutrófilos-linfocitos como marcador temprano de pancreatitis aguda grave en el servicio de urgencias

Jimena Chevarria-Muñiz<sup>1</sup>, Daniel Fernandez-Guzman<sup>2</sup>, Héctor Paucar-Sotomayor<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> SOS Medical Group Cusco, Cusco, Perú.

<sup>2</sup> Carrera de Medicina Humana, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Servicio de Gastroenterología, Hospital Adolfo Guevara Velasco - EsSalud, Cusco, Perú.

### Introducción

La pancreatitis aguda (PA), es una patología inflamatoria con potencial desenlace fatal, particularmente en sus formas graves. La identificación temprana de pacientes con riesgo de progresión a formas graves resulta clave para orientar el manejo clínico, especialmente en contextos con recursos limitados.

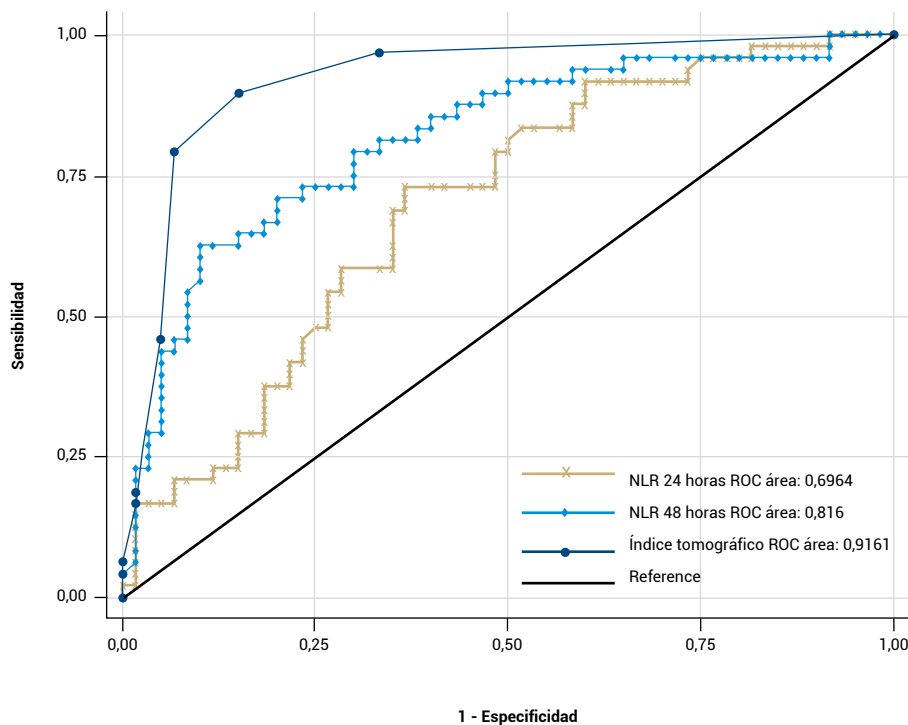
**Objetivo:** Evaluar la utilidad diagnóstica de la razón neutrófilos-linfocitos (NLR) como indicador precoz de PA grave o fatal en pacientes del servicio de urgencias.

**Métodos:** Estudio de exactitud diagnóstica en una cohorte de pacientes con PA que ingresaron al servicio de urgencia en un hospital del Cusco, Perú. Se obtuvo información retrospectivamente a partir de historias clínicas. El NLR fue registrado a las 24 y 48 horas desde el ingreso. El desenlace fatal fue definido como el desarrollo de falla orgánica, ingreso a UCI o mortalidad. Evaluamos el área bajo la curva de las curvas ROC (AUC-ROC) y calculamos punto de corte óptimo de los valores de NLR con la finalidad de identificar su precisión diagnóstica en el desarrollo de desenlace fatal.

**Resultados:** Se evaluaron 108, la edad media fue 49.7±16.9 años, 50.0% eran varones. Un 88.0% tenía PA de etiología biliar. El 44.4%

(n=48) tuvieron desenlace fatal, este grupo presentó un mayor valor en el NLR de 24 y 48 horas en comparación al grupo control ( $p<0.001$ ). El AUC-ROC del NLR de 24 horas y de 48 horas fueron 0.70 (IC 95%: 0.62-0.80) y 0.82 (IC 95%: 0.72-0.80), respectivamente. El punto de corte para el NLR a las 24 horas fue de 7.27 y para el NLR a las 48 horas fue de 7.52, valores por encima de este corte se asociaron a una mayor frecuencia de desarrollar un desenlace fatal (RPa:2.11; IC95%:1.29 - 3.43, para NLR 24 horas y RPa:2.21; IC95%:1.25 - 3.93, para NLR 48 horas).

**Conclusión:** El NLR ha demostrado ser un buen indicador precoz para el desarrollo de un desenlace fatal en pacientes con PA.





## Evaluation of a novel motorized EUS-guided fine-needle biopsy device and pathology quality parameters comparison to standard fine-needle biopsy: a prospective pilot study

Carlos Robles Medranda<sup>1</sup>, Jorge Baquerizo Burgos<sup>1</sup>, Maria Egas Izquierdo<sup>1</sup>, Miguel Puga Tejada<sup>1</sup>, Juan Murillo Murillo<sup>1</sup>, Cristina Elias Berrezueta<sup>1</sup>, Juan Alcivar Vasquez<sup>1</sup>, Domenica Cunto Moncayo<sup>1</sup>, Daniela Tabacelia<sup>1</sup>, Raquel Del Valle Zavala<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED).

### Introduction

Fine-needles designed to obtain biopsy (FNB) specimens allow core samples to be collected. Precision-GI (Limaca Medical, Israel) is a novel motorised EUS-FNB (mFNB) which enables increased yield, bigger sample size retrieval with improved quality and fewer needle passes.

**Aim:** To evaluate the safety, efficacy and comfort of the mFNB and compare its performance to a standard FNB (sFNB).

**Methods:** A single-centre, prospective, pilot study was performed in patients  $\geq 18$  years old, requiring EUS-FNB due to pathologies such as submucosal lesions, mediastinal and pancreatic lesions, lymph nodes and intraperitoneal masses. Comfort using the mFNB was evaluated using an ad-hoc five-point Likert Scale.

**Results:** Forty participants were included, mean age was 65.0 (57.8-69.2), 57.5% female. Most biopsies were hepatic (55%), mean number of stabs was 4 ( $\pm 2$ ). A mild adverse event (gastric mucosal laceration) was reported with mFNB (2.5%). The mFNB obtained a 97.5% technical success. Biopsy was definitive in 95%, with 2 cases reporting inadequate samples. When comparing mFNB vs sFNB performance: mFNB blood

contamination was reported as lower than 25% in 95% of cases, while 65% of sFNB samples had low contamination. Both FNB samples had adequate fragments (architecturally intact tissue) of 97.5%. 67.5% of mFNB samples were multiple fragments with at least one  $> 5$  mm in length, and 30% had at least one fragment  $> 10$ mm; 82.5% of sFNB samples were  $> 5$  mm in length (15% had one fragment  $> 10$ mm). A median number of portal triads observed 6 (4-8) with mFNB, and 2 (0.5-2.75) with sFNB. Comfort analyses obtained a high agreement ( $> 95\%$ ).

**Conclusion:** mFNB is safe and efficient to perform during EUS-FNB, with low adverse event rates and high technical success. Operators indicated high clinical expectations and comfort regarding the different components of the needle. mFNB obtained larger tissue samples with less blood contamination compared to sFNB.



## Objective fine vessel assessment using a novel endoscopic ultrasound detective flow imaging-based computer vision software to differentiate between normal and abnormal (acute, chronic, and pancreatic steatosis) pancreas: a pilot study

Carlos Robles Medranda<sup>1</sup>, Jorge Baquerizo Burgos<sup>1</sup>, Juan Mendez Guevara<sup>2</sup>, Raquel Del Valle Zavala<sup>1</sup>, Miguel Puga Tejada<sup>1</sup>, Martha Arevalo Mora<sup>1</sup>, Juan Murillo Murillo<sup>1</sup>, Cristina Elias Berrezueta<sup>1</sup>, Domenica Cunto Moncayo<sup>1</sup>, Maria Egas Izquierdo<sup>1</sup>, Daniela Tabacelia<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED)

<sup>2</sup> MD Consgrup

### Introduction

Detective flow imaging (DFI) is a relatively new endoscopic ultrasound (EUS) imaging technology helpful in visualisation of fine vessels (FV) with low velocities in the absence of motion artefacts. Microvasculature changes have been seen in both acute and chronic pancreatitis (AP, CP). DFI FV detection is based on the endoscopist's visual impression.

**Aim:** To develop a computer vision (CV) software aimed at providing an objective FV measure to differentiate normal pancreas (NP), AP, CP, and pancreatic steatosis (PS).

**Methods:** Single-centre, observational, prospective, pilot study. Four cohorts (NP, AP, CP, and PS) were included in the study. Patients  $> 18$  years old who required EUS evaluation underwent EUS-DFI.

**Results:** 24 patients were included in the study. The mean age was 54.6 (SD: 16.3), and 14/24 (58.3%) were female. Among the included patients, 4/24 (16.7%) normal pancreas, 3/24 (20%) had PS, 4/24 (16.7%) had AP, 12/24 (28%) had CP, and 1/24 (4.2%) had mass-forming CP. FV were observed in 21/24 patients (87.5%). The median number of FV observed in NP was 4 (4.0-10.5), whereas the median number of FV in abnormal

pancreas was 16 (13.3-17.0). The median number of FV observed for PS, AP and CP was 16 (15-17.5), 17 (13-17.5), and 16 (12.8-17.0), respectively ( $p = .472$ ). The median maximum number of FV observed during EUS-DFI evaluation was 35 (35-63) for NP, 29 (28-38.5) for PS, 28.0 (27-40.5) for AP, and 41 (35-49) for CP ( $p = .486$ ). A cut-off value was determined at 6.5 for the average of FV observed during EUS-DFI, achieving a sensitivity, specificity, PPV, NPV, and observed agreement of 100%, 67.0%, 95.0%, 100%, and 95.2%, respectively.

**Conclusion:** The DFI-EUS-based CV software was capable of differentiating between NP and abnormal pancreas with high observed agreement. There was no difference between AP, CP and PS regarding the average number of FV.



## Coledocolitiasis durante el embarazo: tratamiento médico y por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con y sin radiación

Miguel Chávez Rossell<sup>1</sup>, Lisbeth Acorda Sifuentes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Arzobispo Loayza

### Introducción

Hasta el 30% de las pacientes embarazadas desarrollaran cálculos y/o barro biliar. El 12 % presentaran complicaciones derivadas de la coledocolitiasis (pancreatitis biliar aguda, colangitis). El tratamiento puede ser médico (conservador) o por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

**Objetivos:** Evaluar el tratamiento médico y la eficacia y seguridad de la CPRE durante la gestación.

**Métodos:** Entre el 2012 y el 2025 evaluamos 19 pacientes embarazadas con coledocolitiasis. Tratamiento médico en 6 y CPREs en 13, 12 sin radiaciones y 1 con fluoroscopia. Analizamos la clínica, el laboratorio y las imágenes (ecografía abdominal, colangiografía en 11 y ecoendoscopia en 2). Cuatro pacientes del tratamiento conservador fueron del primer trimestre y 2 del tercer trimestre. La CPRE fue realizada en posición decúbito lateral izquierdo. La canulación del colédoco se realizó en 3 mediante la técnica de la aspiración biliar y en 10 por precorte tipo fistulotomía. Se exploró el colédoco con balón y canastilla.

**Resultados:** Tratamiento conservador en 6 (ingresaron por pancreatitis) 4 del primer trimestre y su colangiografía no evidenció litos, 2 del

tercer trimestre y mejoraron con el tratamiento médico. El promedio de edad de las pacientes sometidas a CPRE fue de 30.6 años (rango de 20 a 39 años). Edad gestacional con un rango de 9 a 25 semanas. No hubo complicaciones post CPRE.

**Conclusiones:** El tratamiento conservador se puede realizar en el primer trimestre si la colangiografía no muestra litos en colédoco y, el tercer trimestre si no hay signos de coledocolitiasis complicada. La CPRE es eficaz y segura durante el embarazo. Puede realizarse sin radiaciones si los cálculos son escasos y pequeños. Si están impactados en la Ampolla de Váter debe realizarse el precorte para evitar la pancreatitis. Si los cálculos son grandes y/o facetados debe usarse radiaciones y colocar un stent (CPRE en 2 etapas)



## A novel quantitative software for objective evaluation of fine vessels in normal, steatotic, and cirrhotic liver through endoscopic ultrasound detective flow imaging: a prospective pilot study

Carlos Robles Medranda<sup>1</sup>, Miguel Puga Tejada<sup>1</sup>, Juan Mendez Guevara<sup>2</sup>, Jorge Baquerizo Burgos<sup>1</sup>, Domenica Cunto Moncayo<sup>1</sup>, María Egas Izquierdo<sup>1</sup>, Juan Murillo Murillo<sup>1</sup>, Cristina Elías Berrezueta<sup>1</sup>, Juan Alcivar Vasquez<sup>1</sup>, Daniela Tabacelia<sup>1</sup>, Martha Arevalo Mora<sup>1</sup>, Hannah Pitanga Lukashok<sup>1</sup>, Raquel Del Valle Zavala<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED).

<sup>2</sup> MD Construp

### Introduction

In cirrhosis, increased microvascular resistance reduces capillary blood flow, which is compensated by arterialization to maintain perfusion. Endoscopic ultrasound detective flow imaging (EUS-DFI) is a novel imaging technique capable of detecting FV and low-flow velocities without contrast agents in real time; however, its interpretation is still subjective.

**Aim:** To develop an EUS-DFI-based computer vision software that allows objective quantification of FV, to establish a cut-off value for FV detected to differentiate the liver changes observed in liver steatosis and cirrhosis from a healthy liver.

**Methodology:** Single-center prospective study in >18 years-old patients with an EUS indication having two cohorts: the control group (CG): liver function tests (LFT) in normal range; and steatosis/fibrotic/cirrhotic liver group (FCG).

**Results:** A total of 26 patients were enrolled, mean age was 60.4 years (SD: 14.5) and 61.5% were female. 19.2% of patients had normal liver, while 21/26 (80.8%) had abnormal liver (15 cirrhotic liver and 6 had steatosis). FV were present on 21/26 (80.8%). The median number of

average FV observed and maximum number of FV was 18 (11-20) and 49 (41-58), respectively. There was a statistically significant difference between the average number and the maximum number of FV between normal and abnormal liver ( $p=0.014$ ). The cut-off value obtained for the average number of FV was 9, obtaining a sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, and observed agreement of 100%, 100%, 100%, 100%, and 100%. The area under the receiver operator curve (AUROC) was 1.00. There was no difference between steatosis and cirrhosis regarding the average and maximum number of FV.

**Conclusion:** While FV numbers did not differ between steatosis and cirrhosis, the objective quantification of FV using EUS-DFI effectively distinguished normal from abnormal livers with high diagnostic accuracy.



## Sedación a demanda: una alternativa válida para colonoscopías en pacientes ambulatorios

Emilio Bresky Gomez<sup>1</sup>, Luis Seijas Arteaga<sup>2</sup>, Gustavo Bresky Ruiz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Coquimbo, Chile

<sup>2</sup> Centro Clínico Mediterraneo, La Serena, Chile

<sup>3</sup> Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile. Centro Clínico Mediterráneo.

### Introducción

El uso de sedación pre colonoscópica se asocia a complicaciones potencialmente graves. Son frecuentes las solicitudes a centros endoscópicos ambulatorios para realizar colonoscopias a pacientes con obesidad, edad avanzada u otras condiciones con mayor riesgo asociados a la sedación.

**Objetivo:** Evaluar calidad colonoscópica y satisfacción de colonoscopías realizadas con sedación a demanda.

**Métodos:** Estudio realizado a pacientes asintomáticos ambulatorios, entre 50 y 75 años de colonoscopia de screening. Se realiza colonoscopia, con "sedación a demanda" (sólo si el paciente así lo solicita durante el procedimiento). Procedimientos realizados por 2 gastroenterólogos experimentados (> de 10 años de experiencia). Se explica el procedimiento y la metodología de sedación obteniendo consentimiento. Se utilizó bomba de irrigación para colonoscopia con abundante de agua e insuflación nula o baja.

**Resultados:** 80 colonoscopías. Calidad: 13,7% requirió sedación intraprocedimiento (todos < 4 mg de midazolam IV); 0% complicaciones; 100% arribo ciego; 62,5% detección de pólipos. Satisfacción: 92,5% cataloga como excelente la percepción general del procedimiento; 100% repetiría el procedimiento en el centro endoscópico; 98% repetiría con el colonoscopista.

**Conclusión:** La realización de colonoscopia con sedación a demanda es un procedimiento seguro que no atenta con parámetros de calidad endoscópica (% arribo al ciego, % detección pólipos) y presenta una muy buena percepción del usuario, por lo que es una alternativa adecuada en pacientes complejos, incluso en contexto de exploraciones en centros endoscópicos ambulatorios.

Intubación cecal	100%
	62,5% pólipos
Tasa de detección de pólipos	65% neoplasias
	92,5% excelente
Percepción prueba	0% mala
Volver al mismo centro	100%
Repetir colonoscopia	98%
Complicaciones procedimientos	0%
Uso final de sedantes	13,7%



## Lesiones de Dieulafoy: análisis clínico-endoscópico y resultados terapéuticos en serie de casos - Hospital de Clínicas - Paraguay

Rodrigo Fabián Pérez Ortega<sup>1</sup>, Maisa Sofía Vallejos Zarza<sup>1</sup>, Sebastián Ramón Burró Benítez<sup>1</sup>, Jesús Ortíz Villalba<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Gastroenterología, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

### Introducción

Las lesiones de Dieulafoy (LD) son una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta (HDA), con incidencia global reportada de 1-6%. Su diagnóstico precoz y tratamiento efectivo son fundamentales.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, endoscópicas y terapéuticas de los pacientes con LD tratados en nuestra institución.

**Métodos:** Se revisaron retrospectivamente 1564 endoscopías por HDA (2017-2024), identificando 12 casos de LD (incidencia: 0.77%). Se analizaron edad, sexo, localización, hallazgo endoscópico, tratamiento, resangrado, hemoglobina y transfusiones.

**Resultados:** Edad media 61 años (19-85), 75% varones (con un paciente de 19 años, menos habitual). Las localizaciones fueron fundus gástrico (42%), cuerpo (17%), antro (8%), bulbo duodenal (8%) y duodeno segunda porción (25%). La distribución anatómica concuerda en parte con series previas, aunque las localizaciones gástricas bajas son menos descritas<sup>3 4 5 6</sup>.

El sangrado activo predominó (67%), con coágulo adherido en 33%, ligeramente superior a lo reportado<sup>7</sup>. El diagnóstico requirió promedio de 2 endoscopías (rango 1-3), concordante con Norton et al<sup>11</sup>. La terapia combinada (EPI+Clip o APC+Clip) fue aplicada en 9 casos (0% resangrado), confirmando superioridad hemostática<sup>8 9</sup>. En contraste, la monoterapia (ligadura, APC o diatermia) en 3 casos presentó resangrado precoz en 33%, superior a Ahn et al<sup>10</sup>. Hemoglobina media: 7.34 g/dL; transfusión: 2.5 unidades.

**Conclusiones:** Las LD son infrecuentes pero severas. Las terapias combinadas logran alta eficacia. La identificación precoz y el manejo multimodal son esenciales para reducir el riesgo de resangrado.

**Tabla 1.** Resultados de la serie (N=12)

Variable	Valor
Incidencia en endoscopías por HDA	0,77% (12/1564)
Edad media (años)	61 (19-85)
Sexo masculino	75%
Ubicación anatómica	
Fundus gástrico	42%
Cuerpo gástrico	17%
Antro gástrico	8%
Bulbo duodenal	8%
Duodeno segunda porción	25%
Hallazgo endoscópico	
Sangrado activo (spurting/oozing)	67%
Coágulo adherido	33%
Terapéutica	
Terapia combinada (EPI+Clip/APC+Clip)	9 casos (0% resangrado)
Monoterapia (Ligadura/APC/Diatermia)	3 casos (33% resangrado)
Reendoscopías en monoterapia	33%
Hemoglobina media (g/dL)	7,34
Transfusiones promedio (U)	2,5
Endoscopías hasta diagnóstico	2 (rango 1-3)



# Abstracts

Parte 5: Hepatología

Parte 4:  
Endoscopia terapéutica

Parte 6:  
Enfermedad inflamatoria intestinal





## Factores predictores de recurrencia de peritonitis bacteriana espontánea en pacientes con cirrosis: un análisis retrospectivo

Andrés Thomson Bejarano Cayo<sup>1</sup>, Mircko Cabrera Ballesteros<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

<sup>2</sup> Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés de Sucre

### Introducción

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación grave de la cirrosis, con alta mortalidad hospitalaria ya largo plazo. Su recurrencia, frecuente sin profilaxis, alcanza hasta el 70 %, representando un desafío clínico en pacientes con ascitis.

**Objetivo:** Determinar los factores predictores de recurrencia de peritonitis bacteriana espontánea y su impacto en los pacientes con cirrosis

**Métodos:** Estudio con enfoque cuantitativo, tipo de estudio observacional, descriptivo, longitudinal retrospectivo y analítico desarrollado en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés de la ciudad de Sucre de enero del 2020 a diciembre de 2024. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v27.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 57 pacientes diagnosticados de cirrosis hepática con peritonitis bacteriana espontánea. Se identificó una recurrencia del 54% de los pacientes que sobrevivieron a un primer episodio de PBE, la sintomatología predominante fue la fiebre y el dolor abdominal con un 74 y 68% respectivamente. La principal etiología de la cirrosis en la población de estudio fue la asociada al consumo de alcohol con un 72%. Los principales factores asociados a recurrencia fueron el cultivo de ascitis positivo, la ingesta secundaria de antibióticos profilácticos, los niveles bajos de albúmina, el recuento plaquetario bajo, la edad al momento del diagnóstico mayor a 60 años, los niveles de bilirrubina y la puntuación Meld superior a 17. La recurrencia de PBE se asoció a una disminución de la supervivencia, pasando de 15,2 meses en ausencia de recurrencia a 13,8 meses con recurrencia, sin diferencia significativa entre ambos grupos ( $p = 0,19$ ).

**Conclusiones:** La recurrencia de PBE en cirróticos fue alta y se asoció a factores clínicos específicos, sin impacto estadísticamente significativo en la supervivencia, destacando la necesidad de estrategias preventivas efectivas.

**Palabras clave:** Recurrencia, Cirrosis, Peritonitis bacteriana espontánea, Supervivencia.

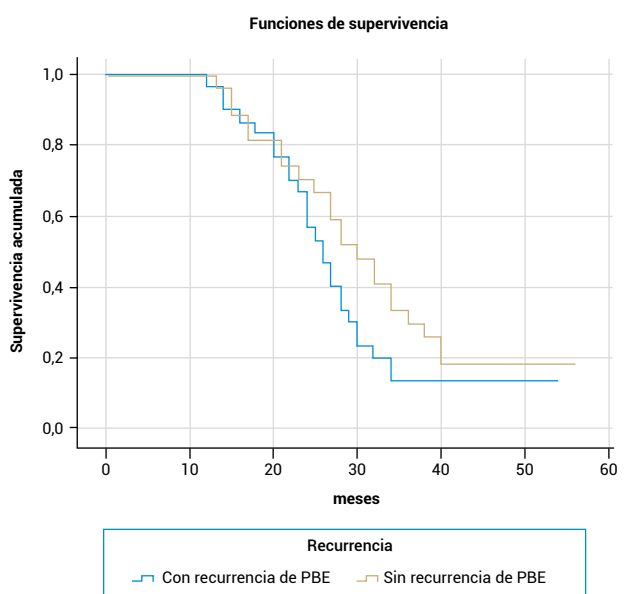


Figura 1. Curva de supervivencia según la recurrencia de PBE



## Predictores críticos del desarrollo de síndrome hepatorenal en pacientes con cirrosis hospitalizados: una evaluación integral

Andrés Thomson Bejarano Cayo<sup>1</sup>, Mircko Cabrera Ballesteros<sup>2</sup>, Katherine Rosa Yañez Sasamoto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

<sup>2</sup> Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés de Sucre

### Introducción

El síndrome hepatorenal es una complicación grave de la cirrosis avanzada, caracterizada por disfunción renal progresiva. Su fisiopatología implica hipoperfusión renal, inflamación y vasoconstricción. Con alta morbimortalidad, el SHR representa un desafío clínico y económico. Identificar factores de riesgo es clave para su prevención y manejo oportuno.

**Objetivo:** Determinar los factores críticos que predicen el desarrollo de síndrome hepatorenal con lesión renal aguda en pacientes cirróticos hospitalizados.

**Métodos:** Estudio con enfoque cuantitativo, tipo de estudio observacional, descriptivo, longitudinal retrospectivo y analítico

desarrollado en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés de la ciudad de Sucre de enero del 2020 a enero de 2025. El diagnóstico se realizó según los criterios del Club Internacional de Ascitis de 2019. En el análisis estadístico, se emplearon modelos de regresión logística bivariados y multivariados.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 39 pacientes cirróticos con síndrome hepatorenal-LRA (24%) de un total de 162 pacientes hospitalizados y 53 pacientes con otras causas de lesión renal. Las puntuaciones MELD 3.0 fueron significativamente mayores en el grupo SHR. En el análisis multivariado, los predictores independientes del desarrollo de SHR fueron: Antecedentes de ascitis (OR 5,2 IC 95% 2,12-12,77), creatinina sérica >2,5 mg/dl (OR 2,8 IC 95% 1,19-6,5), albúmina <2 g/dl (OR 3,9, IC 95% 1,6-9,3), bilirrubina >2 mg/dl (OR 6,5 IC 95% 2,54-16,5), presencia de peritonitis bacteriana espontánea (OR 5,5, IC 95% 2,17-13,9) e Hiponatremia < 130 meq (OR 2,4 IC 95% 1,04-5,69) el requerimiento de hemodiálisis (64% vs. 9% p<0,05)

**Conclusiones:** La presencia de ascitis, bilirrubina elevada, hipoalbuminemia, hiponatremia, peritonitis bacteriana y creatinina >2,5 mg/dl se identificaron como predictores independientes del síndrome hepatorenal. Su detección precoz permitiría intervenciones oportunas para reducir la necesidad de hemodiálisis y mejorar los desenlaces clínicos.

**Palabras clave:** Síndrome hepatorenal, Cirrosis hepática, Factores de riesgo, Lesión renal aguda.

**Tabla 1.** Predictores críticos del desarrollo de síndrome hepatorenal en el análisis multivariado

Variable	Odds Ratio ajustado	Valor P	Intervalo de confianza del 95 %
Antecedente de ascitis	5,2	< 0,001	2,12-12,77
Creatinina > 2,5 mg	2,8	0,002	1,19-6,57
Bilirrubina total > 2 mg/dl	6,5	< 0,001	2,54-16,5
Albumina < 2 gr/dl	3,9	0,001	1,62-9,53
Peritonitis bacteriana espontanea	5,5	< 0,001	2,17-13,9
Sodio < 130 meq/l	2,4	0,002	1,04-5,69



## Alta prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática en adultos hondureños evaluada mediante elastografía transitoria: estudio transversal

Jorge Manuel Suazo Barahona<sup>1</sup>, Silvia Portillo Ramirez<sup>1</sup>, Alejandra Reyes Guifarro<sup>1</sup>, Gladys Amador Aguilar<sup>1</sup>, Marco Sanchez Hernandez<sup>1</sup>, Raul Zelaya Ramirez<sup>1</sup>, Evelyn Mendoza Coello<sup>1</sup>, Maria Teresa Andara Ramirez<sup>1</sup>, Rossy Ordoñez Aguilar<sup>1</sup>, Luis Ramirez<sup>1</sup>, Juan Carlos Valle Gonzales<sup>1</sup>, Víctor Funez Madrid<sup>1</sup>, Delia Padilla Quintanilla<sup>1</sup>, Vilma Portillo Portillo<sup>1</sup>, Yanina Reyes Cruz<sup>1</sup>, Claudia Altamirano Pineda<sup>1</sup>, Norma Gonzalez Hernandez<sup>1</sup>, Ruth Banegas<sup>1</sup>, Osiris Gonzalez Flores<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Asociación Hondureña de Gastroenterología.

### Introducción

La esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (EHmet) se ha convertido en la causa más frecuente de hepatopatía crónica a nivel mundial. Su prevalencia global ronda el 30%, y en Latinoamérica alcanza picos cercanos al 45%. En Honduras, más de la mitad de los adultos presenta sobrepeso u obesidad, lo que anticipa una carga sustancial de enfermedad hepática en el corto plazo. La elastografía hepática, permite evaluar simultáneamente esteatosis y rigidez hepática, convirtiéndose en una herramienta ideal de tamizaje poblacional.

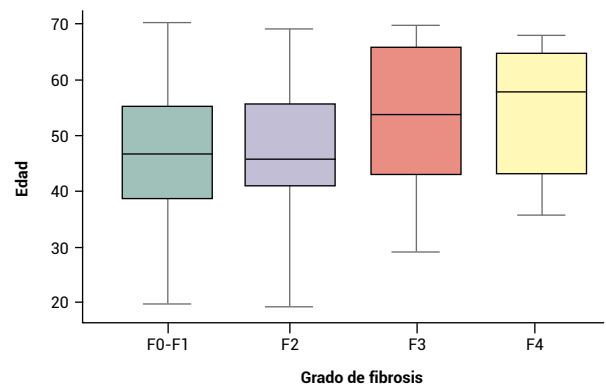
**Objetivo:** Estimar la prevalencia de EHmet y de fibrosis hepática (≥F2) en adultos de las regiones norte y centro de Honduras mediante elastografía hepática.

**Métodos:** Estudio transversal (marzo 2025) en dos centros de salud. Muestreo aleatorio de 235 adultos (19-70a) que desconocían enfermedad hepática. Elastografía (FibroScan 530, 10 mediciones, CAP/IQR <30%). Variables: edad, sexo, IMC y comorbilidades. Análisis: t/ANOVA,  $\chi^2$  y regresión logística (p< 0.05; SPSS v29, R 4.4).

**Resultados:** De los 235 participantes (125 de San Pedro Sula, 110 de Tegucigalpa), la edad media fue 48 ±12 años y el 67% eran mujeres. El 34.5% presentó sobrepeso y el 49.8% obesidad. La esteatosis se detectó en el 43% (S1 10%, S2 12%, S3 22%), siendo más frecuente en pacientes con hipertensión (55% vs 33%, p=0.0008) y diabetes (58% vs 38%, p=0.006). Fibrosis significativa (F2-F4) se documentó en 47 pacientes (20%), de los cuales 10 (4%) tenían cirrosis. El riesgo de fibrosis/cirrosis se duplicó en ≥60 años y en obesidad grado II-III (ambos p < 0.01); también fue mayor en diabéticos (30% vs 16%, p: 0.014) e hipertensos (25% vs 16%, p: 0.09). El sexo no modificó el riesgo (p:0.48).

**Conclusión:** Esta es la primera experiencia nacional que documenta la magnitud de hígado graso y daño hepático en la población adulta hondureña, mostrando cifras que no difieren de lo reportado para

América Latina. Encontramos una relación directa entre obesidad, comorbilidades metabólicas (diabetes, hipertensión) y la progresión de esteatosis a fibrosis. Estos hallazgos respaldan la urgente necesidad de implementar programas preventivos dirigidos principalmente a los grupos de riesgo y resalta el potencial valor de la elastografía en la evaluación de estos pacientes.



**Figura 1.** Distribución de edad en los diferentes grados de fibrosis.



## Distribución geográfica y características demográficas de la colangitis biliar primaria y hepatitis autoinmune en Colombia: un análisis poblacional

Juan Pablo García-Marmolejo<sup>1</sup>, Juan Samuel Hernandez-Meza<sup>1</sup>, Fredy Ávila-Almanza<sup>2</sup>, Carmen Yanette Suarez-Quintero<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Gastroenterólogo. Unidad de gastroenterología, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

<sup>3</sup> Hepatóloga y gastroenteróloga. Unidad de gastroenterología, Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

### Introducción

Las enfermedades hepáticas autoinmunes, como la colangitis biliar primaria (CBP) y la hepatitis autoinmune (HAI), representan patologías crónicas con implicaciones clínicas significativas. Su caracterización epidemiológica en Colombia ha sido limitada.

**Objetivo:** Describir la prevalencia por departamento y los patrones demográficos de la CBP y la HAI en Colombia.

**Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal basado en datos de prevalencia ajustada por 100.000 habitantes. Se analizaron datos demográficos por edad y sexo tomados de registros individuales de prestación de servicios (RIPS) del periodo 2018 a 2022, y se construyeron mapas coropléticos para representar la distribución geográfica de ambas enfermedades.

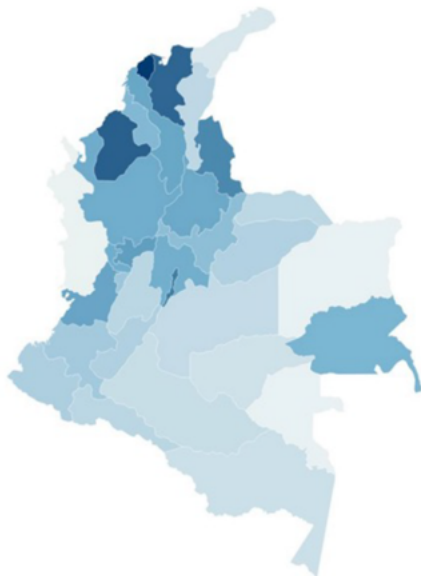
**Resultados:** La CBP mostró una prevalencia total de 6,5 casos por 100.000 habitantes, mayor prevalencia en los departamentos del norte del país, destacándose Bolívar, Atlántico y Magdalena, con cifras de hasta 39,96 casos por 100.000 habitantes. En cuanto al

perfil demográfico, predominó el sexo femenino, especialmente entre los 50 y 69 años.

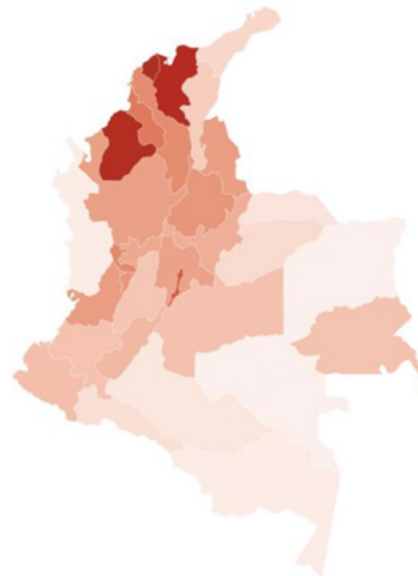
La HAI presentó una prevalencia total de 17,03 por 100.000 habitantes, también presentó mayor concentración en el norte y nororientes de Colombia, con picos de hasta 40,6 casos por 100.000 habitantes en departamentos como Norte de Santander y Atlántico. Al igual que la CBP, la HAI afectó mayoritariamente a mujeres, aunque con un rango etario más amplio, desde los 30 hasta más allá de los 80 años.

**Conclusiones:** Tanto la CBP como la HAI presentan una distribución geográfica heterogénea en Colombia, con mayor carga en la región Caribe y predominancia en mujeres adultas. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias regionales de diagnóstico temprano y vigilancia epidemiológica.

Prevalencia de hepatitis autoinmune por departamento  
0,87 40,6



Prevalencia de colangitis biliar primaria por departamento  
1 39,96



**Figura 1.** Prevalencia por departamentos de Colombia de colangitis biliar primaria y hepatitis autoinmune por 100.000 habitantes entre los años 2018 y 2022.

Fuente: Registros Únicos Prestadores de Servicios (RIPS), datos oficiales SISPRO



## An accelerated hepatitis B vaccination schedule achieves substantial protective immunity in high-risk Haitian migrants

Javier Pérez Valenzuela<sup>1</sup>, Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Patricio Astudillo Paredes<sup>2</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>, Carlos Benítez Gajardo<sup>1</sup>, Marcelo López Lastra<sup>3</sup>, Ruth Núñez Puentes<sup>1</sup>, Valentina Ross Massanes<sup>4</sup>, Jacinta Soza Restrepo<sup>4</sup>, Karla Pino Lemunao<sup>4</sup>, Francisco Fuster Saldías<sup>5</sup>, Alejandro Soza Ried<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Department of Pediatric Infectious Diseases and Immunology, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Molecular Virology Laboratory, Millennium Institute on Immunology and Immunotherapy, Santiago, Chile.

<sup>4</sup> School of Medicine, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>5</sup> Hepatology Unit, Hospital Gustavo Frické, Viña del Mar, Chile.

### Background

Hepatitis B virus (HBV) infects over 240 million people worldwide, increasing the risk of cirrhosis and hepatocellular carcinoma. While Chile has a low prevalence of chronic HBV infection (0.15%), recent migration trends may be altering this figure. Notably, our previous research has demonstrated a significantly higher prevalence of HBV infection among Haitian migrants in Chile compared to the local population. Achieving the World Health Organization's (WHO) 2030 HBV elimination goals requires innovative strategies, especially for targeting high-risk populations. Vaccination is the most effective preventive strategy, and an accelerated schedule could improve adherence. We aimed to evaluate the immune response to an accelerated HBV vaccination schedule in Haitian migrants in Chile and to identify associated clinical and demographic factors.

**Methods:** This was an open-label, single-center, prospective study. Adult Haitian migrants received an accelerated HBV vaccination schedule (0, 1, and 2 months). Immune response (anti-HBV surface antigen antibody  $\geq 10$  mIU/mL) was assessed 4-8 weeks post-vaccination. Associations with clinical and demographic variables were analyzed using Fisher's exact test and the Mann-Whitney U test ( $p < 0.05$  considered significant).

**Results:** Eighty-two participants completed the full vaccination schedule (median age 37 years, 43.8% male). The seroprotection rate was 91.5% (95% CI: 85.3-97.6%). No significant differences were found between responders and non-responders regarding age, sex, body

mass index, obesity, hypertension, diabetes, or smoking status. No immediate adverse effects were reported.

**Conclusions:** The accelerated HBV vaccination schedule showed a high immune response (91.5%), similar to standard approaches. This result is epidemiologically vital for migrant populations, as high seroprotection can significantly reduce HBV susceptibility, limit transmission, and reinforce national control strategies. The data suggest that accelerated HBV vaccination could be a cornerstone of public health policy for migrants, offering an effective solution to adherence challenges and a means to help achieve WHO HBV elimination targets in high-prevalence groups.

**Table 1.** Characteristics of vaccinated participants, Non-Responders, and Responders

Characteristic	Vaccinated (n = 82)	Nom-responders (n = 7)	Responders (n = 75)	p-value
Male sex, n (%)	37/82 (45.1)	3/7 (42.9)	34/75 (45.3)	1.00
Age, years (median, IQR)	37 (12)	40 (12)	37 (12)	0.421
Body Mass Index, Kg/m <sup>2</sup> (median, IQR)	26.9 (6.9)	28.7 (7.4)	26.7 (6.1)	0.111
Obesity, n (%)	19/72 (26.4)	2/5 (40.0)	17/67 (25.4)	0.602
Hypertension, n (%)	23/76 (30.3)	4/6 (66.7)	19/70 (27.1)	0.064
Diabetes Mellitus, n (%)	5/75 (6.1)	0/7 (0)	5/75 (6.7)	1.000
Waist circumference, cm (median, IQR)	88,5 (17.0)	91,0 (15.0)	88 (13.3)	0.156
Smoking, n (%)	1/82 (1.2)	0/7 (0)	1/75 (1.3)	1.000



## Comparación entre quimioembolización y embolización transarterial en el tratamiento del hepatocarcinoma celular: análisis de respuesta tumoral, sobrevida y complicaciones

Eduardo Andrés Segovia Vergara<sup>1</sup>, Gustavo Gutiérrez Castillo<sup>1</sup>, Arturo Alejandro Alonso Gomez<sup>2</sup>, Matías Vargas Araya<sup>2</sup>, Paola Oyarzún Godoy<sup>2</sup>, Rodrigo Mansilla Vivar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad San Sebastián.

<sup>2</sup> Hospital de Puerto Montt .

### Introducción

El carcinoma hepatocelular (HCC) representa el 90% de las lesiones neoplásicas primarias del hígado, dándose principalmente en hígados cirróticos. La quimioembolización transarterial (QETA) es el tratamiento de elección para HCC etapa B de Barcelona; sin embargo, estudios recientes reportan similares tasas de respuesta, sobrevida y menores reacciones adversas con embolización transarterial (ETA).

**Objetivos:** Comparar eficacia, sobrevida y seguridad de QETA y ETA para el tratamiento de HCC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con HCC tratados mediante QETA o ETA entre 2018 y 2025 en el Hospital de Puerto Montt. Se excluyeron pacientes candidatos a terapias curativas o con contraindicaciones. Se realizó seguimiento clínico-imagenológico a los 3 meses, evaluando la respuesta mediante LI-RADS y grupos de respuesta (completa, incompleta, incompleta con sitios de nuevo crecimiento, progresión).

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes (15 hombres y 13 mujeres), de edad promedio 69 años, con daño hepático principalmente de etiología metabólica. Se realizaron 19 QETA y 15 ETA. Existieron 6 complicaciones leves y 2 graves (ambos fallecieron). La estadía

hospitalaria media fue de 1.7 días para pacientes sin complicaciones. En el seguimiento, 20 lesiones resultaron viables y 11 no viables. En 8 casos hubo respuesta completa (7 tras QETA) y en 12 incompleta, 5 incompleta con nuevas lesiones y en 6 progresión de enfermedad, con una mediana de sobrevida desde el diagnóstico de 25.2 meses para ETA y 30.8 meses para QETA. No se identificó asociación entre Child-Pugh, etiología ni sexo con los desenlaces clínicos-radiológicos. La presencia de una única lesión se asoció a mejor respuesta.

**Conclusiones:** QETA continúa siendo una opción terapéutica preferente en HCC, con tendencia a mejor respuesta tumoral y sobrevida respecto a ETA, aunque con mayor tasa de complicaciones. La clasificación utilizada demostró ser más informativa para evaluar la respuesta terapéutica que LI-RADS por sí sola.

**Tabla 1.** Comparación de respuesta radiológica, complicaciones y sobrevida posterior a quimioembolización transarterial (QETA) y embolización transarterial (ETA).

Variable	ETA (n = 15)	QETA (n = 19)
Respuesta completa	1	7
Respuesta incompleta	9	3
Respuesta incompleta con sitios de nuevo crecimiento	2	3
Progresión	2	4
Li-RADS TR-V	12	8
Li-RADS TR-nV	2	9
Complicaciones postoperatorias leves	1	4
Complicaciones postoperatorias graves	1 (insuficiencia hepática fulminante)	1 (síndrome post embolización y trombosis portal)
Reintervenciones	3	5
Sobrevida posterior a diagnóstico	25,2 meses	30,8 meses

V: viable, nV: no viable. Sobrevida informada mediante mediana (en meses).

#### Grupos de respuesta tumoral:

- Respuesta completa: TR-nV, sin crecimiento de la lesión o de nuevas lesiones
- Respuesta incompleta: TR-V, sin crecimiento de nuevos sitios de lesión ni progresión de etapa
- Respuesta incompleta con sitios de nuevo crecimiento: TR-nV o TR-V, con lesiones satélite sin progresión de etapa
- Progresión: TR-nV o TR-V, con lesiones nuevas o crecimiento significativo de la lesión primaria



## Prevalencia de virus de hepatitis B y C mediante tamizaje con test rápido en una cohorte chilena

Gonzalo Veloso Muñoz<sup>1</sup>, Freddy Siegel<sup>2</sup>, Herman Aguirre<sup>3</sup>, Marina Becerra<sup>4</sup>, Gustavo Ramírez<sup>1</sup>, Carlos Rueda<sup>1</sup>, Carmen San Martín<sup>1</sup>, Claudia Alegre<sup>1</sup>, Jaime Poniachik<sup>5</sup>, Luis Felipe Bustamante<sup>6</sup>, Gonzalo Bizueta<sup>7</sup>, Lorena Castro<sup>8</sup>, Juan Rozas<sup>9</sup>, Elizabeth Araya<sup>10</sup>, Lilian Isla<sup>3</sup>, Alejandra Rivera<sup>4</sup>, Rosario Pino<sup>5</sup>, Daniela García<sup>6</sup>, Andrea Martínez<sup>7</sup>, Javiera Achondo<sup>8</sup>, Luis Sotillet<sup>10</sup>, Daniela Simian<sup>5</sup>, Javier Pérez-Valenzuela<sup>2</sup>, Franco Weisser<sup>3</sup>, Gabriel Mezzano<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional del Cáncer

<sup>2</sup> Hospital de Valdivia

<sup>3</sup> Hospital del Salvador

<sup>4</sup> Clínica Dávila

<sup>5</sup> Hospital Clínico Universidad de Chile

<sup>6</sup> Hospital Hernán Henríquez Aravena

<sup>7</sup> Hospital Juan Noé

<sup>8</sup> Clínica Universidad de los Andes

<sup>9</sup> Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz

<sup>10</sup> Hospital San José del Carmen

### Introducción

Los virus hepatitis B (VHB) y C (VHC) son una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Su epidemiología en Chile no es completamente conocida, estimándose una prevalencia de 0,034-0,15% para VHB y 0,1-0,19% para VHC. Si bien, en Chile, existe amplia cobertura y disponibilidad de tratamientos antivirales, la principal barrera para lograr la eliminación de estos virus es el desconocimiento de la condición serológica.

**Objetivos:** Establecer la prevalencia mediante tamizaje de VHB y VHC en población de riesgo en Chile. **MÉTODOS:** Estudio transversal, multicéntrico, con participación de 10 centros de salud chilenos (7 públicos y 3 privados). Se aplicaron test rápidos VHB/VHC (CTK-BIOTECH) en personas de 18 años o más con al menos 1 factor de riesgo. Se recolectaron datos demográficos y clínicos mediante plataforma REDCap®. El análisis estadístico se realizó con programa Stata 16.0.

**Resultados:** Se incluyeron 2.345 pacientes en el análisis, edad promedio 43,5 ± 14,8 años y 64% fueron mujeres. La principal región de residencia fue la región Metropolitana (64,9%). Los principales factores de riesgo fueron: personal de salud expuesto (38,2%), obesidad con hígado graso (14,6%), Elevación de transaminasas (12,5%) y donante de producto sanguíneo (6,1%). En la Tabla 1 se muestran las características de los sujetos incluidos en el tamizaje. Del total de test realizados, 5 pacientes presentaron test positivo para VHB y 1 coinfección VHB-VHC, dando seroprevalencia de 0,21% y 0,09% para VHB y VHC, respectivamente. 2 pacientes presentaban coinfección con VIH. Se realizó serología confirmatoria a los test positivos.

**Conclusiones:** En este estudio preliminar, la prevalencia de VHB y VHC en población con factores de riesgo es baja. Se requiere continuar con el reclutamiento de pacientes para identificar en qué población enfocar los esfuerzos del tamizaje y otras medidas preventivas de salud pública.

**Tabla 1.** Caracterización de los sujetos incluidos en el estudio

	Total N = 2345 (%)
Edad (media, DE)	43,5 (14,8)
<b>Sexo</b>	
Femenino	1504 (64)
Masculino	835 (36)
No binario	6 (0,3)
<b>Región de residencia</b>	
Arica y Parinacota	103 (4,4)
Tarapacá	4 (0,2)
Antofagasta	114 (4,9)
Atacama	129 (5,5)
Coquimbo	7 (0,3)
Valparaíso	62 (2,6)
Libertador General Bernardo O'Higgins	6 (0,3)
Maule	18 (0,8)
Ñuble	4 (0,2)
Biobío	105 (4,5)
Araucanía	130 (5,5)
Los Ríos	123 (5,2)
Los Lagos	14 (0,6)
Aysén	1 (0,04)
Magallanes y Antártica	2 (0,1)
Metropolitana de Santiago	1523 (64,9)
Pertenece a un pueblo originario	191 (8)
<b>Consumo de alcohol</b>	
Si	878 (37)
No	1335 (57)
Sin información	132 (6)
Más de 2 copas al día en mujeres y 3 en hombres	92 (4)
<b>Comorbilidades</b>	
Hipertensión arterial	466 (19,9)
Hígado graso	449 (19,1)
Resistencia a la insulina	294 (12,5)
Hipotiroidismo	226 (9,6)
Diabetes Mellitus	194 (8,3)
Cirrosis	67 (2,9)
Enfermedad renal crónica	21 (0,9)
Otra	487 (20,8)
<b>Factores de riesgo VHB – VHC</b>	
Personal de Salud expuesto	896 (38,2)
Obesidad con hígado graso	342 (14,6)
Elevación de transaminasas	293 (12,5)
Donante de productos sanguíneos	142 (6,1)
Coinfección por VIH	106 (4,5)
Embarazada	77 (3,3)
Transfusión de sangre antes de 1996	43 (1,8)
Hombre que tiene sexo con hombres	36 (1,5)
Cirrosis hepática alcohólica	34 (1,4)
Donante de productos órganos	25 (1,1)
Víctima de violencia sexual	14 (0,6)
Hemodiálisis	6 (0,3)
Parejas sexuales con VHC	5 (0,2)
Farmaco dependencia con uso EV	4 (0,2)
Hijo de inmigrante de regiones de alta prevalencia no vacunado	4 (0,2)
Hijo de madre con VHC	3 (0,1)
Contacto sexual con una persona con HBsAg (+)	3 (0,1)
Usuario de drogas intravenosas	1 (0,04)
Otro	367 (15,7)
Ninguno	495 (21,1)



Andrés Thomson Bejarano Cayo<sup>1</sup>, Mircko Cabrera Ballesteros<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

<sup>2</sup> Instituto de Gastroenterología Boliviano Japones de Sucre

## Introducción

Las hepatopatías autoinmunes comprenden un grupo de trastornos hepáticos caracterizados por la destrucción del tejido hepático debido a una respuesta inmune anómala. Su incidencia varía globalmente, se estima que afecta a aproximadamente 1 a 2 personas por cada 100,000 habitantes.

**Objetivos:** Determinar el perfil epidemiológico de las hepatopatías autoinmunes en una cohorte hospitalaria.

**Métodos:** Estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, que incluyó 34 pacientes atendidos en el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japones de la ciudad de Sucre entre febrero de 2022 a febrero de 2025 diagnosticados con hepatopatías autoinmunes.

**Resultados:** Se encontraron 47% de casos de colangitis biliar primaria, 24% de hepatitis autoinmune, 12% de colangitis esclerosante primaria y 17% de síndrome de sobreposición. El 73% de los pacientes fueron del sexo femenino y la edad promedio fue los 52 años. El 82% de los pacientes presentaron coexistencia con otras enfermedades autoinmunes, la enfermedad autoinmune más frecuente fue el síndrome de Sjögren con un 32%. El principal síntoma fue el prurito con un 38%

que predominó en pacientes con colangitis biliar primaria y la fatiga con 26% en los pacientes con hepatitis autoinmune. El 46% de los pacientes eran pacientes Child Pugh B, con una puntuación MELD sodio de 16 puntos.

El 62% de los pacientes tenían cirrosis y un 9% carcinoma hepatocelular, ambas complicaciones fueron más frecuentes en pacientes con hepatitis autoinmune.

**Conclusiones:** Las hepatopatías autoinmunes afectan principalmente a mujeres, siendo la colangitis biliar primaria y la hepatitis autoinmune las más frecuentes. El síndrome de Sjögren es la comorbilidad más asociada, la cirrosis es una complicación prevalente, especialmente en la hepatitis autoinmune.

**Palabras clave:** Colangitis biliar primaria, Hepatitis autoinmune, Cirrosis.

Tabla 1. Perfil epidemiológico y características clínicas de los pacientes con hepatopatías autoinmunes

Variable	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
<b>Sexo</b>		
Femenino	25	73%
Masculino	9	27%
<b>Hepatopatías autoinmunes</b>		
Colangitis biliar primaria	16	47%
Hepatitis Autoinmune	8	24%
<b>Colangitis esclerosante</b>		
Primaria	4	12%
<b>Síndrome de sobreposición</b>		
CBO/HAI	6	17%
Colangitis por IGG4	0	0%
<b>Edad</b>		
Años	52 (± 5,2 años)	
<b>Síntomas</b>		
Prurito	13	38%
Fatiga	9	26%
Ictericia	4	12%
Dolor abdominal	2	6%
Sequedad de mucosas	6	18%
<b>Enfermedades autoinmunes</b>		
Síndrome de Sjogren	9	32%
Tiroiditis de Hashimoto	6	21%
Lupus eritematoso sistémico	4	15%
Colitis Ulcerosa	2	7%
Otras	7	25%
<b>MELD Na</b>		
Puntuación	16 (± 3)	
<b>Child Pugh</b>		
A	8	26%
B	16	46%
C	10	28%



María Fernanda Barra Friz<sup>1</sup>, Carlos Benitez Gajardo<sup>1</sup>, Dayan Chacón Morao<sup>1</sup>, Ursula Kaiser<sup>1</sup>, Alejandra Larraín<sup>1</sup>, Francisca Leiva<sup>1</sup>, Emilia López<sup>1</sup>, María José Manieu<sup>1</sup>, Josefa Maguire<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile

### Introducción

La falla hepática aguda (FHA) es una enfermedad catastrófica con elevada mortalidad. El trasplante hepático permite mejorar ostensiblemente la supervivencia a largo plazo. En Latinoamérica, existe escasa información respecto a sus resultados.

#### Objetivos:

1. Caracterizar pacientes con FHA y trasplante hepático
2. Determinar etiologías comunes de FHA en Chile
3. Evaluar frecuencia de complicaciones de pacientes trasplantados en falla hepática aguda
4. Evaluar supervivencia a largo plazo de pacientes trasplantados por FHA

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, incluyendo pacientes trasplantados por FHA, entre 1996-2025 en Hospital UC-Christus. Se registraron variables demográficas, etiologías, tiempo de alistamiento, complicaciones postoperatorias y supervivencia a largo plazo. Análisis estadístico mediante "software SPSS"

**Resultados:** Se identificaron 67 pacientes; edad  $38.7 \pm 15$ , mujeres 77.6%. Etiologías: hepatitis autoinmunes 40.3%, criptogénica 37.3%, hepatitis A 6%, paracetamol 4.5%, otras 11.9%. Previo al trasplante;

critérios de King's College 91%, MELD-Na  $31.6 \pm 8$ , encefalopatía grado IV 58.2%, ventilación mecánica 67.2%, diálisis 13.4%, vasopresores 56.7%, edema cerebral 34.4%, infecciones 14.9%, días alistados  $5.7 \pm 6$ , creatinina  $1.69 \pm 2$ , INR  $1.7 \pm 2$ , bilirrubina  $21.8 \pm 11$ , ALT  $831 \pm 1.142$ , Na  $149 \pm 7$ . Tipo de trasplante 95.5% donante cadáver. En evolución post trasplante, infección 34.3% (bacterias 32.8%, virus 6.0%, hongos 14.9%), causas: neumonía 19.4%, infección urinaria 4.5%, colangitis 7.5%, bilioma 1.5%, absceso hepático 3.0%, bacteriemia 9%, infección por citomegalovirus 37.3%, complicación biliar 34.3%, rechazo agudo 32.8%, rechazo crónico 6%. Supervivencia a 1, 3 y 5 años: 70.1%, 70.1% y 66.4%. El 74% de pacientes que fallecieron lo hicieron durante el primer mes.

**Conclusiones:** Con esta revisión se evidencia la importancia del trasplante en FHA; una enfermedad de alta mortalidad, que afecta principalmente a adultos jóvenes. Se confirma una supervivencia al año de 70.1%; similar a los registros internacionales.

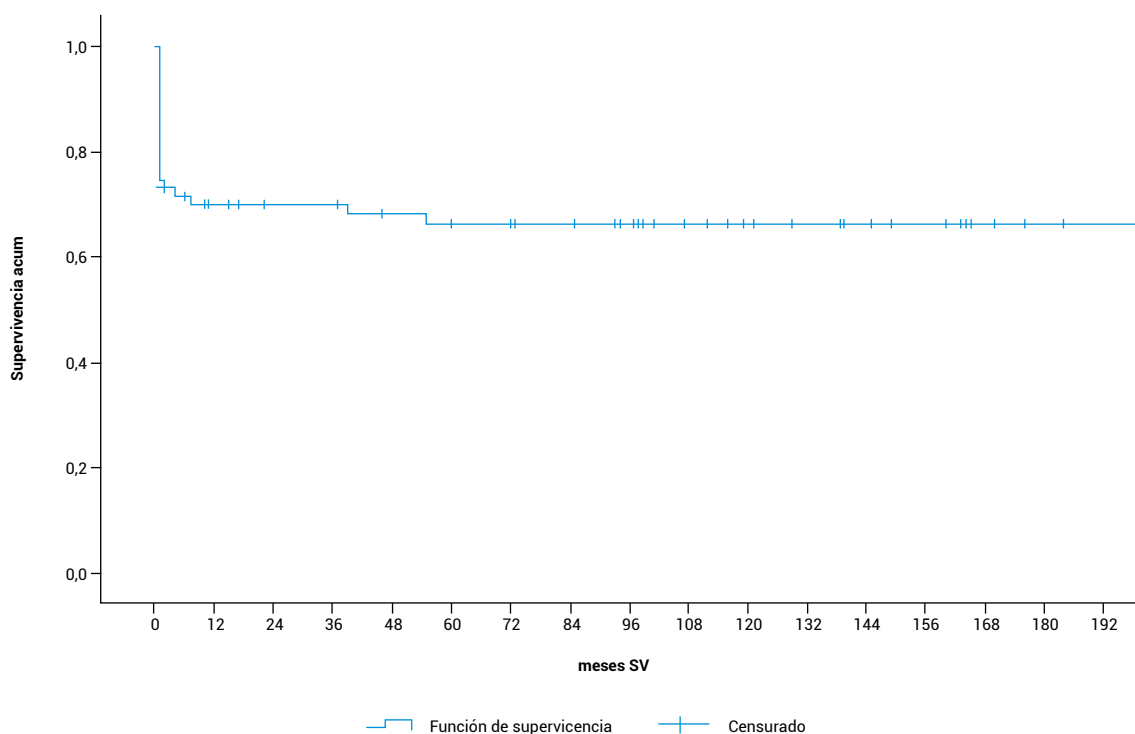


Figura 1. Función de supervivencia





## Lesiones hepáticas inducidas por suplementos dietéticos: una revisión integrativa de la literatura

Adenylza Flávia Paiva Alves<sup>1</sup>, Juliana Moura Paiva Ribeiro<sup>2</sup>, Francisco Gabriel Oliveira Cabral<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Otávio De Freitas

<sup>2</sup> AFYA - Faculdade de Ciências Médicas de Jaboaão dos Guararapes

### Introducción

El uso de suplementos dietéticos siempre fue algo habitual con varias finalidades. Los casos de hepatotoxicidad asociada a este uso han aumentado.

**Objetivo:** Esta revisión se propone comprender cuáles son los patrones clínicos más comunes de lesión hepática inducida por suplementos dietéticos.

**Métodos:** Se utilizó las bases de datos: BVS y PubMed. Se seleccionaron 5 artículos en los idiomas portugués, inglés y español en el periodo de 2019 a 2024.

**Resultados:** El consumo de suplementos dietéticos aumentó a nivel mundial, principalmente en individuos con ingresos anuales elevados.

La mayoría de ellos eran mujeres menores de 50 años, cuyo objetivo era baja de peso. La principal queja fue la ictericia (58%) y el patrón de lesión hepatocelular (83%).

**Conclusión:** Además de los suplementos hepatotóxicos tradicionales como Herbalife®, Hydroxycut® y Oxyelite-Pro®, nuevos productos han contribuido a los casos de DILI como Menofit®. El diagnóstico precoz facilita el manejo de complicaciones graves como la insuficiencia hepática fulminante.

- Grewal, Ahmad (2019) Lesión hepática grave debida a suplementos dietéticos y herbales y el papel del trasplante de hígado.
- Bessone et al. (2021) Lesión hepática inducida por fármacos: un documento de posición gerencial de la Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado
- Weber et al. (2021) Prueba de células similares a hepatocitos derivadas de monocitos: una nueva herramienta para la identificación in vitro de lesiones hepáticas inducidas por fármacos en pacientes con suplementos herbales o dietéticos
- Santos et al. (2021) Perfil de la lesión hepática inducida por suplementos dietéticos y herbales en América Latina: una revisión sistemática de informes publicados
- Dadlani et al. (2023) Lesión hepática inesperada inducida por fármacos asociada con MenoFit®: un suplemento simbiótico para la menopausia



## High HBV exposure and HIV prevalence but no evidence of HDV among Haitian migrants in Chile: a cross-sectional study with implications for public health interventions

Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Javier Pérez Valenzuela<sup>1</sup>, Patricio Astudillo Paredes<sup>2</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>, Carlos Benítez Gajardo<sup>1</sup>, Marcelo López Lastra<sup>3</sup>, Ruth Núñez Puente<sup>1</sup>, Jacinta Soza Restrepo<sup>4</sup>, Valentina Ross Massanes<sup>4</sup>, Karla Pino Lemunao<sup>4</sup>, Francisco Fuster Saldías<sup>5</sup>, Alejandro Soza Ried<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Department of Pediatric Infectious Diseases and Immunology, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Molecular Virology Laboratory, Millennium Institute on Immunology and Immunotherapy, Santiago, Chile.

<sup>4</sup> School of Medicine, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>5</sup> Hepatology Unit, Hospital Gustavo Frick, Viña del Mar, Chile.

### Background

South-South migration, exemplified by over 1.7 million Haitians displaced by instability ( $\approx 200,000$  in Chile), creates urgent public health needs often unmet due to scarce epidemiological data. Viral hepatitis, particularly chronic hepatitis B (HBV), poses a significant threat. This study aimed to define the seroprevalence of hepatotropic viruses (HAV, HBV, HCV, HDV, HEV) and HIV among Haitian migrants in Chile, with a focus on HBV epidemiology, including immunity, genotype distribution, and viral escape mutations via Next-Generation Sequencing (NGS), to inform targeted control strategies.

**Methods:** A cross-sectional study enrolled 856 Haitian-born adults in Chile. Serological and genomic analyses were performed on blood samples; a subset ( $n=8$ ) underwent HBV NGS for genotyping and mutation analysis. Demographic and clinical data were collected.

**Results:** Participants (mean age  $34\pm 9$  years; 56.6% female) showed a high burden of past HBV exposure (anti-HBc: 34.3%), with 3.04% HBsAg positive (active infection). Notably, 0.34% were anti-HBc IgM positive, suggesting recent/ongoing infections. No HDV co-infection was detected. HIV prevalence was 1.71%. In contrast, HAV seroprevalence was extremely high (96.7%), while HEV was 9.34% and HCV minimal (0.36%). HBV NGS revealed genotypes A1, E, and F1, distinct from

typical Chilean strains, and identified mutations in preS1, preS2, S, P, X, preC, and C genes, including known escape mutations.

**Conclusion:** This study uncovers a significant, previously under-documented burden of HBV among Haitian migrants in Chile, with active infection rates 20 times higher than the host population and distinct genotypic patterns, including escape mutations. The co-occurring HIV prevalence, five times Chile's national rate, further complicates the health landscape. These findings underscore an urgent need for tailored public health interventions: robust HBV vaccination campaigns (especially catch-up), routine antenatal HBV screening coupled with antiviral therapy and HBIG for newborns, and integrated HBV/HIV care to mitigate transmission and improve long-term health outcomes.



# Effects of SGLT2 inhibitors on hepatic events in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis of propensity score-matched studies

Brenda Caira Chuquineyra<sup>1</sup>, Edison Salvador Oscco<sup>2</sup>, Jean P. Lopez Mesia<sup>3</sup>, Mariella R. Huaman<sup>4</sup>, Nieves Zeta Ruiz<sup>5</sup>, Daniel Aarón Fernández Guzmán<sup>1</sup>

- <sup>1</sup> Universidad Científica del Sur
- <sup>2</sup> Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
- <sup>3</sup> Universidad Nacional de la Amazonia Peruana
- <sup>4</sup> OBEMET, Center for Obesity and Metabolic Health
- <sup>5</sup> Medicina Ciencia y Tecnología en Salud

## Background

Sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitors may exert hepatoprotective effects beyond glycemic control, but their impact on major liver-related outcomes in type 2 diabetes remains unclear.

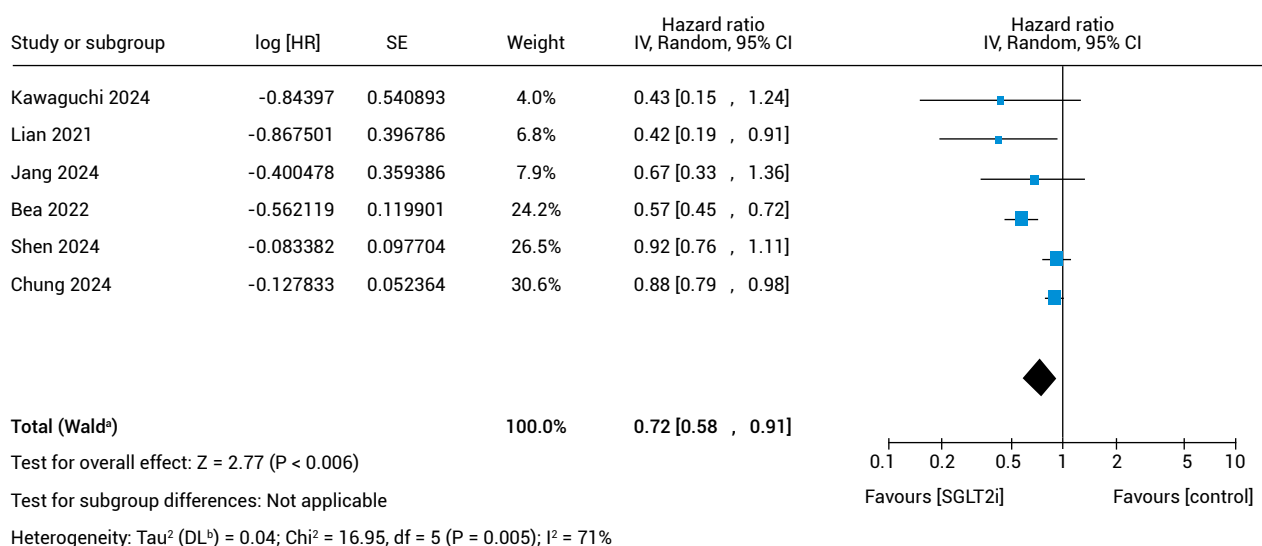
**Methods:** We conducted a systematic review and meta-analysis of non-randomized comparative studies using propensity score-matched designs. MEDLINE, Embase, Cochrane, Scopus, Web of Science, clinical trial registries, and citation tracking were searched up to February 2025. The primary outcome was major adverse liver outcomes (MALO), including liver-related mortality, hepatic decompensation, and hepatocellular carcinoma (HCC). Secondary outcomes included cirrhosis, hepatic encephalopathy, ascites, hepatic failure, and liver transplantation. Pooled hazard ratios (HRs) or risk ratios (RRs) with 95% confidence intervals (CIs) were estimated using random- or fixed-effects models. Certainty of evidence was assessed using GRADE. PROSPERO: CRD42025631457.

**Results:** We included 23 cohort studies with 1,567,757 individuals; 21 applied propensity score methods. Mean ages ranged from 50.4

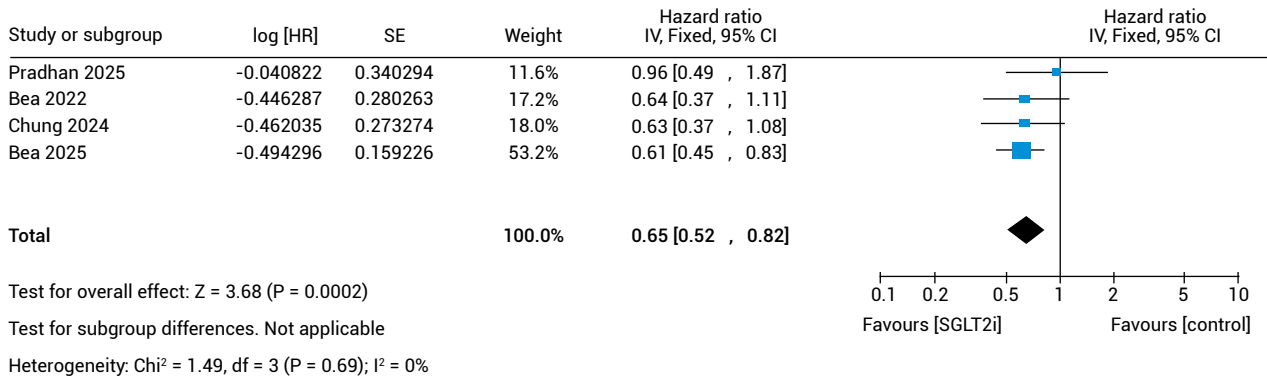
to 71.6 years; follow-up ranged from 1.0 to 5.6 years. Compared with other glucose-lowering drugs, SGLT2 inhibitors were associated with reduced risk of MALO (HR:0.72, 95%CI 0.58–0.91; RD 1 fewer per 1000), liver-related mortality (HR 0.65, 95%CI 0.52–0.82; RD 1 fewer), hepatic decompensation (HR 0.79, 95%CI 0.72–0.86; RD 4 fewer), and HCC (HR 0.73, 95%CI 0.63–0.84; RD 1 fewer), all low-certainty. Additional benefits were observed for cirrhosis (HR 0.79, 95%CI 0.67–0.94; RD 3 fewer), hepatic encephalopathy (RR 0.05, 95%CI 0.01–0.16; RD 22 fewer, moderate-certainty), and ascites (HR 0.75, 95%CI 0.64–0.87; RD 6 fewer), majority with low-certainty.

**Conclusion:** In type 2 diabetes, SGLT2 inhibitors were associated with reduced risk of multiple adverse hepatic outcomes compared with other glucose-lowering drugs (excluding GLP-1RA). However, the absolute reductions were small and may not represent a major clinical benefit from a public health perspective.

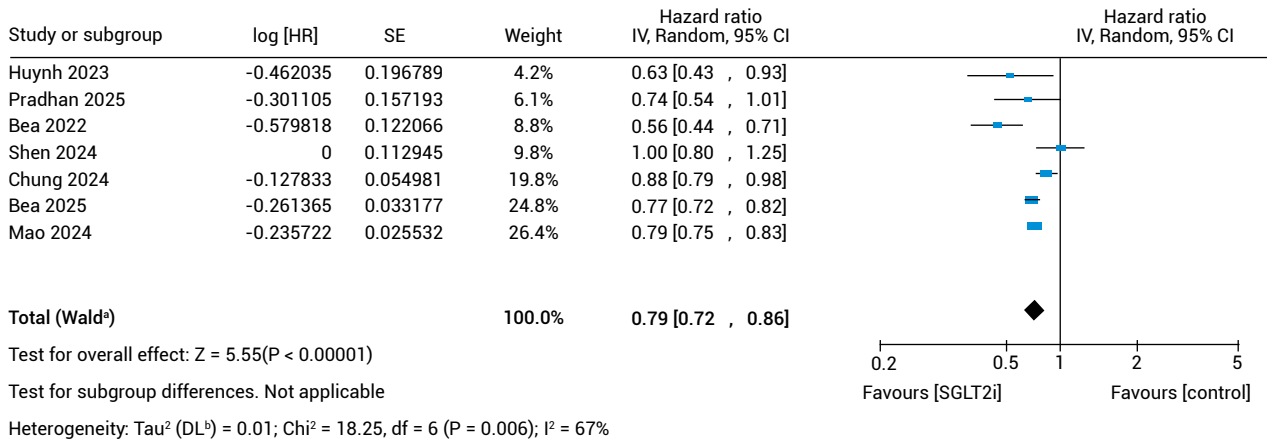
### A MALO (liver-related mortality, cirrhosis complications, HCC)



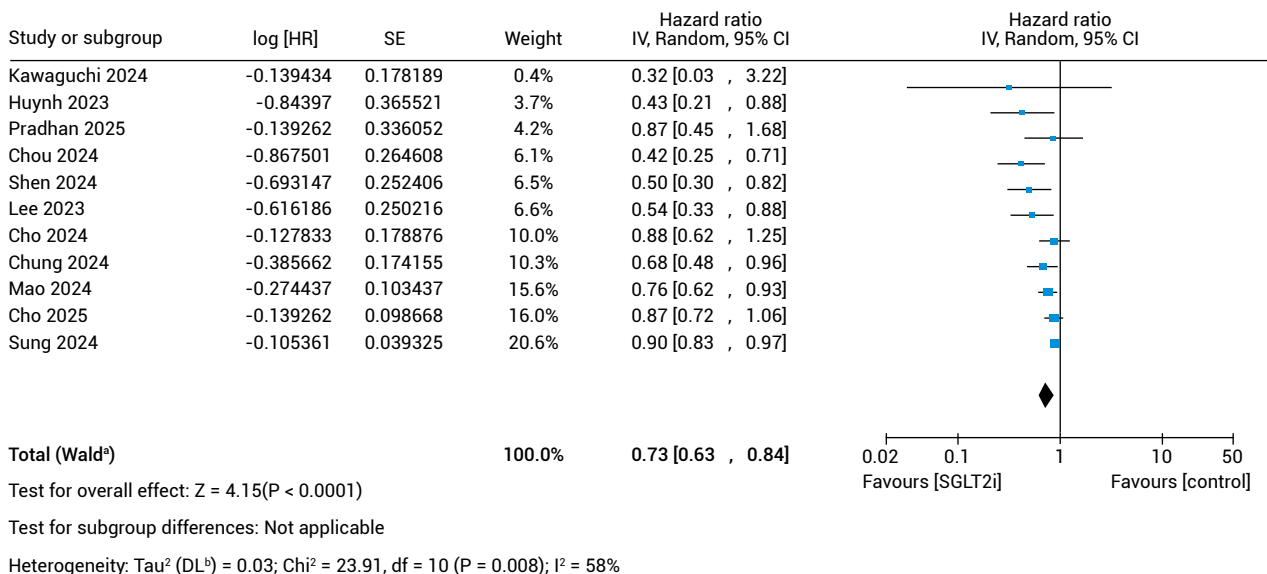
**B Liver - related mortality**



**C Hepatic decompensation events (Cirrhosis complication including hospitalization for ascites, spontaneous bacterial peritonitis, hepatorenal syndrome, bleeding esophageal varices or hepatic encephalopathy)**



**D HCC**





# Abstracts

Parte 6: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Parte 5:  
Hepatología

Parte 7:  
Intestino delgado



## Relación entre dosis por kilo de tiopurinas, 6-tioguanina nucleótido y valores hematológicos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Belén Giacaman Fonseca<sup>1</sup>, Francisca Grandón Romero<sup>1</sup>, Magdalena Ibacache Cortés<sup>2</sup>, Valeria Granzotto Del Pozzo<sup>2</sup>, Jose Miguel Ortega Fuenzalida<sup>3</sup>, Constanza Norambuena Orellana<sup>3</sup>, Manuel Alvarez Lobos<sup>1</sup>, Tamara Perez Jeldres<sup>1</sup>, Carolina Pavez Ovalle<sup>1</sup>, Javier Chahuán Abda<sup>1</sup>, Ignacia Sepúlveda Rodríguez<sup>1</sup>, Cristian Hernández Rocha<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>2</sup> Departamento Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>3</sup> Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

### Introducción

La dosis recomendada de azatioprina y 6-mercaptopurina en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es 2 a 2,5 y 1 a 1,5mg/kg/día, respectivamente. Niveles en sangre de su metabolito activo 6-tioguanina nucleótido (6TGN) han sido asociados con el efecto terapéutico y toxicidad a tiopurinas, con una relación inconsistente con valores hematológicos. La relación entre la dosis por Kg de tiopurinas, valores de laboratorio y 6TGN no ha sido evaluada en Latinoamérica.

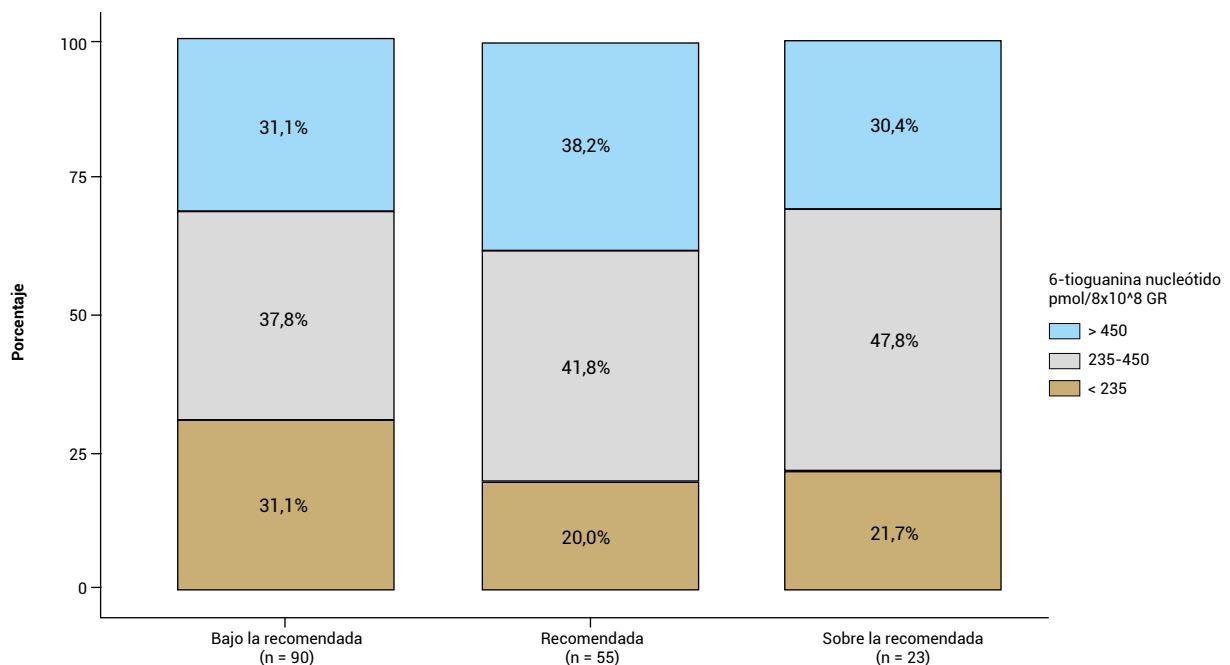
**Objetivo:** Evaluar la relación entre dosis administrada de tiopurinas, valores hematológicos y 6TGN.

**Material y método:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con EII atendidos en la Pontificia Universidad Católica de Chile tratados con tiopurinas y con medición de hemograma y 6TGN. Niveles de 6TGN entre 235 y 450 pmol/8x10<sup>8</sup> glóbulos rojos fueron considerados terapéuticos. Asociaciones entre valores continuos se evaluaron con correlación de Spearman.

**Resultados:** Un total de 186 pacientes fueron evaluados; con una media de 33±15 años, 90 (53,6%) mujeres y 81 (48,2%), 76 (45,2%) y 11 (6,5%) con enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y EII no clasificable,

respectivamente. No se encontró correlación entre la dosis por Kg y 6TGN ( $R^2 = 0,006$ ;  $p = 0,3$ ). Así, de los pacientes con dosis por Kg menor a la recomendada ( $n = 90$ ), 28 (31,1%), 34 (37,8%) y 28 (31,1%) tuvieron concentraciones de 6TGN bajo, en y sobre el rango terapéutico (Figura). Solo el volumen corpuscular medio tuvo una débil correlación con 6TGN ( $R^2 = 0,03$ ;  $p = 0,02$ ).

**Conclusión:** Existe una pobre correlación entre la dosis por Kg, valores hematológicos rutinarios y 6TGN. Dos tercios de los pacientes alcanzan niveles terapéuticos y supraterapéuticos de 6TGN con dosis menor a la recomendada. La medición proactiva de 6TGN podría ser útil en la práctica clínica para mejorar la seguridad y efectividad del tratamiento



**Figura 1.** Porcentaje de pacientes con niveles subterapéuticos, terapéuticos y supraterapéuticos de 6-tioguanina nucleótido según rango de dosis de 6-mercaptopurina (MP) y azatioprina (AZA) en mg/Kg/día. Bajo la recomendada = < 1 de MP o < 2 de AZA; recomendada = 1-1,5 de MP y 2-2,5 de AZA; sobre la recomendada = > 1,5 de MP y > 2,5 de AZA.



# Evolución de la epidemiología y el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de 2001 a 2025 en un centro de referencia en Colombia

Fabian Juliao-Baños<sup>1</sup>, Laura Osorio<sup>1</sup>, Sebastián Niño<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Pablo Tobón Uribe

<sup>2</sup> Universidad CES

## Introducción

El comportamiento epidemiológico y clínico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está cambiando, al igual que su tratamiento, con la aprobación y disponibilidad de nuevas terapias biológicas y pequeñas moléculas.

**Objetivos:** La Clínica de EII del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, Colombia, se estableció en 2001, nuestro objetivo es determinar cómo ha cambiado la EII a lo largo de los años.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva para determinar los cambios en la epidemiología, las características clínicas, el tratamiento, las tasas de hospitalización y la cirugía de los pacientes que consultaron en nuestra institución. Se realizó un análisis actual y se comparó con datos previos de esta misma cohorte en 2009 y 2017.

**Resultados:** De 2009 a febrero de 2025, la proporción de colitis ulcerativa (CU) a enfermedad de Crohn (EC) pasó de 5,1:1 a 1:1 (Figura 1). En EC, se observó una tendencia a mayor compromiso ileal (L1) y una reducción de la localización colónica aislada (L2) ( $p = 0,001$ ),

asociado a mayor comportamiento inflamatorio (B1) ( $p = 0,001$ ). El uso de 5-ASA y corticosteroides se disminuyó en EC ( $p = 0,001$ ). En CU, se documentó mayor utilización de terapias avanzada ( $p = 0,035$ ), pero se mantuvo estable en la EC ( $p = 0,99$ ). Las tasas de hospitalización ( $p = 0,019$ ) y cirugía disminuyeron significativamente en EC, pero no en CU (Tabla 1).

**Conclusiones:** La relación CU:EC en nuestro centro ha cambiado en los últimos 25 años. El ser centro de referencia, el aumento de la sospecha diagnóstica y la disponibilidad de nuevos métodos diagnósticos pueden explicar este fenómeno. La mejora en la atención al paciente y la disponibilidad de múltiples terapias avanzadas pueden explicar la disminución en las tasas de hospitalización y cirugía en pacientes con EC.

**Tabla 1.** Características clínicas y tratamiento de EII en una cohorte 2001-2025

Características	2001-2009, (n=202)		2017, (n= 649)		2025, (N= 1184)		P-value* CU (2009-2025)	P-value* EC (2009-2025)
	CU (n= 163)	EC (n= 32)	CU (N= 478)	EC (n= 159)	CU (n= 562)	EC (n=566)		
Sexo (F: M)	1.3:1.0	1.0:1.2	1.3:1	1:1.5	1.4: 1	1.3:1	0.69	0.22
EII-cirugías relacionada – no. (%)	10, (6)	16, (50)	58, (12.1)	63, (39.6)	52, (9.2)	172, (30.3)	0.186	0.019
IBD-Hospitalizaciones relacionada – no. (%)	68, (42)	24, (75)	265, (55.4)	110, (69.5)	211, (37)	254, (44.8)	0.259	0.007
Terapia avanzada – no. (%)	12, (7.3)	15, (46.9)	102, (21.3)	74, (46.5)	76, (13.4)	268, (47.3)	0.035	0.99
Anti-TNFs – no. (%)	12, (7.3)	15, (46.9)	96, (20)	73, (45.9)	37, (6.5)	161, (28)	0.36	0.022

\*P-valor estadístico significativo



## Smoking is a major risk factor for inflammatory bowel disease onset in latin america. preliminary results from a prospective inception chilean cohort

Cristian Hernández Rocha<sup>1</sup>, Bárbara Riffo<sup>1</sup>, Ignacia Sepúlveda<sup>1</sup>, Sumie Kato<sup>1</sup>, Tamara Pérez<sup>1</sup>, Carolina Pavez<sup>1</sup>, Javier Chahuan<sup>1</sup>, Nicolás Besser<sup>2</sup>, Manuel Álvarez Lobos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>2</sup> Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### Background

Inflammatory bowel disease (IBD) including Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) are increasing in Latin America. Smoking is the most important environmental risk factors; however, studies have shown inconsistent results on smoking-related IBD risk across different ethnicities. We aimed to study the risk factors for IBD in an inception cohort from a Chilean University center.

**Methods:** We are prospectively recruiting participants  $\geq 18$  years old with gastrointestinal symptoms for at least 3 weeks suggesting IBD who underwent colonoscopy after excluding infectious causes. Demographic and clinical data are obtained before colonoscopy. Patients with endoscopic and histologic findings consistent with IBD are considered incident cases, while those with normal endoscopy and histology are considered non-IBD controls. Variables were compared using Chi-square and Mann-Whitney tests. A multivariable analysis was performed including variables with  $p < 0.1$  in the univariable analysis. Odds ratios (OR) and 95% confidence interval (CI) were calculated.

**Result:** To date, 100 participants with mean age of  $35.7 \pm 13$  years, 64 (64%) females have been recruited. IBD has been confirmed in 50

(50%) subjects with 26 CD, 23 UC and 1 IBD-unclassified. Remaining 50 subjects had no IBD. Characteristics of the cohort, as well as univariable and multivariable analyses are shown in Table 1. Among patients with IBD, there was a higher proportion of never smokers in the non-IBD control group (60% vs 40%,  $p = 0.07$ ), a smaller proportion of appendectomy (4% vs 16%,  $p = 0.09$ ) and a shorter median duration of symptoms (1.7 vs 4 months,  $p = 0.01$ ). An ex-smoker status conferred a higher risk of IBD (OR 2.88; 95% CI 1.04-8.49).

**Conclusions:** Smoking, particularly ex-smoker status is more frequent in new-onset IBD compared to non-IBD controls. This ongoing inception Latin American cohort with extensive biosample collection could shed light on the mechanisms involved in tobacco-associated IBD risk.

**Table 1.** Characteristics of the total cohort, univariable and multivariable analyses comparing IBD and non-IBD controls.

	Total cohort (n = 98)	Non-IBD controls (n = 46)	New-onset IBD patients (n = 50)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
Age, years	35.7 $\pm$ 13	34.4 $\pm$ 11	36.9 $\pm$ 14	0.5		
Sex, female	64 (64.0)	33 (66.0)	31 (62.0)	0.8		
First degree relative with IBD	2 (2.0)	2 (4.0)	0	0.4		
Family history of CRC	9 (9.0)	4 (8.0)	5 (10.0)	1		
Body mass index	25.5 $\pm$ 4	25.5 $\pm$ 5	25.4 $\pm$ 4	0.8		
Smoking				0.07	*2.88 (1.04-8.49)	0.03
Current smoker	25 (25.0)	12 (24.0)	13 (26.0)			
Ex smoker	25 (25.0)	8 (16.0)	17 (34.0)			
Never smoker	50 (50.0)	30 (60.0)	20 (40.0)			
Symptoms duration pre-colonoscopy (months), median (IQR)	3 (1.5-9.0)	4 (2-12)	1.7 (0.8 - 6.0)	0.01	1.04 (0.86 - 1.25)	0.6
Extraintestinal manifestations	39 (39.0)	19 (38.0)	20 (40.0)	0.8		
Appendectomy	10 (10.0)	8 (16.0)	2 (4.0)	0.09	0.24 (0.03 - 1.06)	0.08

Categorical variables are shown as n (%) and continuous variables as mean $\pm$ standard deviation, except for symptoms duration.

IQR, interquartile range; IBD, inflammatory bowel disease; CRC, colorectal cancer; OR, odds ratio; CI, confidence interval.

\* Comparing Ex smoker vs Never smoker.



## Características epidemiológicas, clínicas y tratamiento en un centro de excelencia de enfermedad inflamatoria intestinal, en Medellín, Colombia

Fabian julio-baños<sup>1</sup>, Laura Osorio<sup>1</sup>, Jhon Jaime Carvajal Gutiérrez<sup>1</sup>, Álvaro Andrés Gómez Vanegas<sup>1</sup>, Fredy Hernán Rodríguez Benítez<sup>1</sup>, Santiago Sánchez Londoño<sup>1</sup>, María José Donado Jiménez<sup>2</sup>, Jorge Alejandro Pamplona Tobón<sup>3</sup>, Simón Peña Osorno<sup>4</sup>, Paula Andrea Pizarro Marín<sup>5</sup>, Juanita Sánchez Cano<sup>3</sup>, Santiago Trujillo Barrera<sup>6</sup>, Pedro Zapata Uribe<sup>6</sup>, Jorge Hernando Donado Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Pablo Tobón Uribe

<sup>2</sup> Interquirofanos

<sup>3</sup> Universidad Pontificia Bolivariana

<sup>4</sup> Fundación Instituto Neurológico de Colombia

<sup>5</sup> Clínica Medellín

<sup>6</sup> Universidad CES

## Introducción

La incidencia y prevalencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) está incrementando a nivel mundial. En nuestro país disponemos de nuevos tratamientos avanzados para el manejo tanto de enfermedad de Crohn (EC) como de colitis ulcerativa (CU).

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas, clínicas y de tratamiento actuales en nuestro centro de excelencia de EII en el Hospital Pablo Tobón Uribe en Medellín, Colombia.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal donde se evaluaron variables demográficas, clínicas, tratamiento y complicaciones, como hospitalización y cirugía. Las variables cuantitativas se describieron mediante medias, medianas, desviaciones estándar y rangos intercuartílicos. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y proporciones. La significación estadística se estableció en  $p < 0,05$  (95% de confianza).

**Resultados:** Se analizaron datos hasta febrero de 2025. En total, se documentaron 1.184 pacientes con EII, 565 con EC, 562 con CU y 57 con EII no clasificable, predominando el sexo femenino. La

relación entre EC y CU es de 1:1. En CU predomina la colitis extensa (45%). En EC predomina la localización ileal (47%), 50% presentan comportamiento no estenosante no penetrante (B1), 18% con EC perianal. Las manifestaciones extraintestinales fueron más frecuentes en EC (29.3% vs 22.9%,  $P = 0.007$ ). En cuanto al tratamiento médico, los pacientes con EC recibieron más terapia avanzada que los que tienen CU (25.2% vs 67.8%,  $P = 0.001$ ). Los sujetos con EC tuvieron más cirugías (30% vs 9.2%,  $P = 0.001$ ), y hospitalización (44% vs 37%,  $P = 0.016$ ), que aquellos con CU.

**Conclusiones:** Se han incrementado los pacientes con EII y se ha acortado la relación entre EC y CU, esto puede explicarse por ser centro de remisión, mayor sospecha y disponibilidad de estudio como calprotectina, cápsula endoscópica y entero-resonancia. Los pacientes con EC requieren más terapia avanzada, hospitalización y cirugía, comparados con CU.

Características	2025, (N = 1184)		Valor P*
	Colitis Ulcerativa (n = 562)	E. de Crohn (n = 566)	
Edad (DE) – años	42, (21)	52, (17)	
Sexo (F: M)	1.4: 1	1.3: 1	
Duración enfermedad (media años, DE)	8.7, (6.8)	8.3, (6.37)	
Tabaquismo – no. (%)	22, (4)	35, (6.1)	
Apendicectomía – no. (%)	32, (5.6)	62, (10.9)	
Antecedentes familiares EII – no. (%)	24, (4.2)	21, (3.7)	
Manifestaciones Clínicas			
Diarrea – no. (%)	359, (63.8)	413, (73)	0.003
Sangrado – no. (%)	410, (73)	203, (35.8)	0.001
Dolor abdominal – no. (%)	302, (53.7)	392, (69.2)	0.001
Pérdida de peso – no. (%)	67, (11.9)	110, (19.4)	0.003
Manifestaciones Extraintestinales – no. (%)	129, (22.9)	166, (29.3)	0.007
Clasificación Montreal CU – no. (%)			
E1: Proctitis – no. (%)	137, (24.3)		
E2: Izquierda – no. (%)	160, (28.4)		
E3: Colitis extensa – no. (%)	256, (45.5)		
Clasificación Montreal EC – no. (%)			
L1: ileal – no. (%)		267, (47.1)	
L2: colónico – no. (%)		70, (12.3)	
L3: ileocolónico – no. (%)		188, (33.2)	
L4: Superior		36 (6.3)	
P: Perianal Fistulizante – no. (%)		103, (18.1)	
B1: No estenosante no penetrante – no. (%)		284, (50.1)	
B2: Estenosante – no. (%)		173, (30.5)	
B3: Penetrante – no. (%)		103, (18.1)	
EII Cirugías abdominales – no. (%)	52, (9.2)	172, (30.3)	0.001
EII-Hospitalizaciones – no. (%)	211, (37)	254, (44.8)	0.016
Medicamentos:			
5-ASAs – no. (%)	351, (62)	44, (7.7)	0.001
Esteroides (oral, IV) no. (%)	317, (56)	359, (63.4)	0.011
Immunomoduladores (6-MP y Azatioprina) – no. (%)	217, (38)	62, (10.9)	0.001
Terapia Avanzada – no. (%)	142, (25.2)	384, (67.8)	0.001
Anti-TNF – no. (%)	157, (27.9)	440, (77.7)	0.001
Infliximab – no. (%)	85, (15.1)	174, (30.7)	
Adalimumab – no. (%)	72, (12.8)	266, (46.9)	
Golimumab – no. (%)	3, (0.5)	4, (0.7)	
Certolizumab – no. (%)	1, (0.1)	11, (1.9)	
Vedolizumab – no. (%)	34, (6)	79, (13.9)	0.001
Ustekinumab – no. (%)	0	20, (3.5)	
Risankisumab – no. (%)	0	2, (0.3)	
Pequeñas moléculas	16 (2.8)	3, (0.5)	0.001
Tofacitinib – no. (%)	15, (2.6)	0	
Upadacitinib – no. (%)	1, (0.1)	3, (0.5)	

\*P-value: < 0.05





## Determinación de niveles plasmáticos de golimumab en pacientes con colitis ulcerosa y su relación con la actividad de la enfermedad

Rene andres rojas brain<sup>1</sup>, Camila Estay Hernandez<sup>2</sup>, Natalia Alejandra Covarrubias Ruz<sup>2</sup>, Daniela Simian Marín<sup>2</sup>, Edith Perez de Arce Oñate<sup>2</sup>, Paula Calderon Drogue<sup>3</sup>, Cristian Montenegro Urbina<sup>2</sup>, Isabel Lagos Villaseca<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico de la Universidad de Chile y Clínica Indisa

<sup>2</sup> Hospital Clínico de la Universidad de Chile

<sup>3</sup> Clínica Indisa

### Introducción

Golimumab tiene eficacia demostrada en el tratamiento de colitis ulcerosa (CU), pero hasta un 60% de los pacientes presenta falla terapéutica. El monitoreo de niveles plasmáticos (NP) de otros anti-TNF ha demostrado ser útil donde niveles más altos se asocian a mayor respuesta, esta evidencia en golimumab es limitada.

**Objetivos:** Determinar los NP de golimumab en pacientes con CU en fase de mantenimiento y su relación con la actividad de la enfermedad.

**Métodos:** Estudio transversal, en el que se midió NP de golimumab a todos los pacientes con CU en 2 centros de Santiago de Chile mediante la plataforma AFIAS (Boditech). Se definió actividad inflamatoria como puntaje de Mayo clínico >2 y/o calprotectina fecal >200 µg/g. Se consideraron niveles subterapéuticos aquellos <2,4 µg/mL. Los grupos fueron comparados mediante el test exacto de Fisher o Wilcoxon ( $p < 0,05$  significativo). Se realizó un seguimiento al año.

**Resultados:** Se incluyeron 21 pacientes (71% colitis extensa), 43% mujeres, edad mediana de 21 años (rango: 20–64). La mediana de NP fue de 2,33 µg/mL (rango: 0,87–17,57), siendo subterapéuticos en el 57% ( $n=12$ ). Los NP se asociaron significativamente con la dosis (1,72 µg/mL con 50 mg vs. 3,57 µg/mL con 100 mg,  $p=0,029$ ). Siete pacientes (33%) presentaban actividad inflamatoria con NP 2,00 µg/mL en comparación a aquellos en remisión con NP de 2,96 µg/mL ( $p=0,370$ ). De los pacientes con actividad inflamatoria y NP subterapéuticos tres fueron optimizados; dos requirieron cambio de terapia. En el seguimiento anual, 19 pacientes (90%) se mantienen con golimumab, 57% en terapia optimizada.

**Conclusiones:** Golimumab presenta alta tasa de remisión y durabilidad del fármaco, pero con alto porcentaje de optimización. Los NP se relacionaron a dosis más altas y hubo una tendencia no significativa a tener niveles subterapéuticos en pacientes activos.

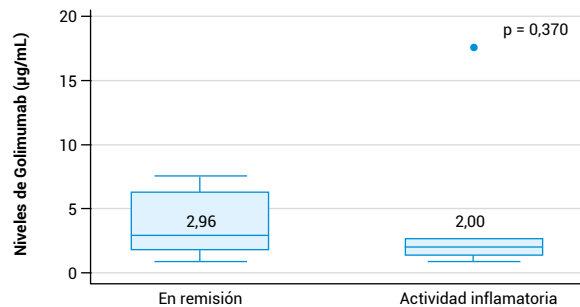


Figura 1. Asociación entre niveles de golimumab y actividad inflamatoria de la colitis ulcerosa.



## Descripción epidemiológica de tuberculosis latente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital público de Santiago de Chile, entre los años 2021-2025

Patrick Sadler Spencer<sup>1</sup>, Fernanda Matamala Gonzalez<sup>1</sup>, Elizabeth Arriagada Hernandez<sup>1</sup>, Carla Neira Aguayo<sup>1</sup>, Catalina Farias Aqueveque<sup>1</sup>, Therius Gelin<sup>1</sup>, Juan Carlos Said Rojas<sup>1</sup>, Verónica Silva Figueroa<sup>1</sup>, Andrés De la Vega Bustamante<sup>1</sup>, Tamara Pérez Jeldres<sup>1</sup>, Edmundo Aravena Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico San Borja Arriarán

### Introducción

El uso de inmunosupresores en pacientes con tuberculosis latente (TBL) se asocia a un riesgo de reactivación 2-4 veces mayor que la población general, pudiendo ser 25 veces mayor con el uso de terapias biológicas; por lo que el cribado de TBL previo al tratamiento inmunosupresor en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) resulta fundamental para reducir el riesgo de reactivación.

**Objetivos:** Evaluar prevalencia de TBL en pacientes con EII en tratamiento inmunosupresor.

**Metodología:** Estudio retrospectivo. Se revisaron fichas clínicas de 175 pacientes >18 años con EII, atendidos entre 2021 y 2025, a quienes se realizó test de tuberculina.

**Resultados:** De 175 pacientes, 59% eran mujeres. Se pesquisó TBL en 32% de los pacientes, con una mediana de 36,5 años (rango 21-70) y predominio en mujeres (68%). De estos, 46% tenía diagnóstico de EII >10 años, 39% usaba azatioprina, 5% biológicos y 42% había usado corticoides el último mes, con dosis de prednisona >15 mg/día en el 88%.

Los pacientes sin TBL representaron el 68% del total, con una mediana de 45 años (rango 16-81), siendo mujeres el 58%. De estos, 31% tenía

diagnóstico de EII >10 años, 31% usaba azatioprina, 8% biológicos y 35% había usado corticoides el último mes, con dosis de prednisona >15 mg/día en el 79%.

La prevalencia de TBL en extranjeros (31%) y Chilenos (36%) fue similar, mientras que en pacientes con colitis ulcerosa fue mayor que en pacientes con enfermedad de Crohn (37 y 20% respectivamente)

**Conclusiones:** Nuestros resultados evidencian una alta prevalencia de TBL en pacientes con EII en tratamiento inmunosupresor, con mayor tendencia en aquellos con colitis ulcerosa, con EII >10 años de evolución y con mayores dosis de inmunosupresión; reforzando la necesidad de una identificación y profilaxis oportunas para disminuir el riesgo de reactivación de tuberculosis en estos pacientes.



## Alteración del perfil hepático en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Ricardo Rocha Bolaños<sup>1</sup>, Juan Eloy Paredes Mendez<sup>1</sup>, Vanessa Katherine Eslava Rebaza<sup>2</sup>, Nevenka Maite Alegre Villanueva<sup>3</sup>, Deborah Esther Rivas Navarro<sup>4</sup>, Judy Melissa Piscocoya Moncada<sup>5</sup>, Gianmarco Silva Salvador<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Clínica Internacional

<sup>2</sup> DITMED

<sup>3</sup> Hospital María Auxiliadora

<sup>4</sup> Hospital Nacional Guillermo Almenara

<sup>5</sup> Clínica Ricardo Palma

### Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende a la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), se asocia con una amplia gama de manifestaciones extraintestinales, entre las cuales las alteraciones hepatobiliares representan una de las más frecuentes; oscilan entre el 3% y el 50%, y pueden aparecer en cualquier momento durante la evolución natural de la enfermedad o en asociación con el tratamiento. Su diagnóstico es fundamental, ya que pueden influir en el manejo terapéutico de la EII y prevenir la evolución hacia la fase terminal de la enfermedad hepática.

**Objetivo:** Analizar los diferentes factores que podrían influir en la alteración de las pruebas de función hepática de los pacientes con EII de dos centros de referencia en Lima.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, observacional y analítico en dos centros de referencia de EII, desde octubre del 2023 a abril del 2025.

Se enrolaron 117 pacientes con EII, siendo 66 de sexo masculino (56.4%), con una edad promedio de 44.41 años, con tiempo de enfermedad promedio de 59.36 meses. Siendo 58 paciente con CU y 59 EC.

Identificamos 94(80.3%) pacientes con alteración de al menos una prueba hepática, 77(65.8%) alteración de bilirrubinas, 30(25.6%) del

patrón hepatocelular, 68(58.1%) del patrón colestásico y 37(31.6%) esteatosis hepática.

La EC ileal y el uso de corticoides se relacionó con perfil hepático alterado. Mayor tiempo de enfermedad, calprotectina elevada y los corticoides se relacionaron con alteración de bilirrubinas. El patrón hepatocelular se relacionó con instrucción secundaria, albúmina y esteatosis hepática en relación con los scores APRI y Fib-4. El patrón colestásico se relacionó con mayor edad e instrucción secundaria.

**Conclusiones:** Observamos que 80.4% de los pacientes con EII presentaron alteración del perfil hepático. La afección de bilirrubinas fue la más frecuente seguida de alteración colestásica.

**Tabla 1.** Factores asociados a la alteración de perfil hepático en enfermedad inflamatoria intestinal.

Continúa en la p. siguiente

	Cualquier alteración			Bilirrubinas elevadas			Patrón Hepatocelular <sup>a</sup>			Patrón Colestásico <sup>b</sup>		
	Si (n = 94)	No (n = 23)	p-valor	Si (n = 77)	No (n = 40)	p-valor	Si (n = 30)	No (n = 87)	p-valor	Si (n = 68)	No (n = 49)	p-valor
<b>Sexo</b>												
Masculino	54 (57,4%)	12 (52,2%)	0,648°	46 (59,7%)	20 (50,0%)	0,314°	16 (53,3%)	50 (57,5%)	0,693°	36 (52,9%)	30 (61,2%)	0,373°
Femenino	40 (42,6%)	11 (47,8%)		31 (40,3%)	20 (50,0%)		14 (46,7%)	37 (42,5%)		32 (47,1%)	19 (38,8%)	
Edad	45,82 ± 16,81	38,36 ± 17,039	0,058*	45,25 ± 16,99	42,80 ± 17,19	0,424*	46,53 ± 16,40	43,68 ± 17,27	0,394*	47,54 ± 16,87	40,06 ± 16,43	0,017*
<b>Comorbilidades</b>												
No	63 (67,0%)	14 (60,9%)	0,577°	50 (64,9%)	27 (67,5%)	0,718°	20 (66,7%)	57 (65,5%)	0,909°	44 (64,7%)	33 (67,3%)	0,766°
Si	31 (33,0%)	9 (39,1%)		27 (35,1%)	13 (32,5%)		10 (33,3%)	30 (34,5%)		24 (35,3%)	16 (32,7%)	
Fumador	1 (1,1%)	0 (0,0%)	0,619°	1 (1,3%)	0 (0,0%)	0,469°	0 (0,0%)	1 (1,1%)	0,555°	1 (1,5%)	0 (0,0%)	0,394°
Consumo de alcohol	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NA	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NA	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NA	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NA
<b>Grado de instrucción</b>												
Superior	63 (67%)	20 (87,0%)	0,590°	53 (68,8%)	30 (75,0%)	0,486°	15 (50%)	68 (78,2%)	0,003°	42 (61,8%)	41 (83,7%)	0,010°
Secundaria	31 (33,0%)	3 (13,0%)		24 (31,2%)	10 (25,0%)		15 (50%)	19 (21,8%)		26 (38,2%)	8 (16,3%)	
Tiempo de enfermedad (m)	61,44 ± 41,85	50,87 ± 41,60	0,112*	64,17 ± 43,5	50,10 ± 36,40	0,048*	61,40 ± 36,26	58,66 ± 43,76	0,347*	60,97 ± 37,90	57,12 ± 47,07	0,216*
<b>Tipo de EII</b>												
Colitis Ulcerativa	47 (50,0%)	11 (47,8%)	0,852°	40 (51,9%)	18 (45,0%)	0,476°	15 (50%)	43 (49,4%)	0,957°	37 (54,4%)	21 (42,9%)	0,217°
Enfermedad de Crohn	47 (50,0%)	12 (52,2%)		37 (48,1%)	22 (55,0%)		15 (50%)	44 (50,6%)		31 (45,6%)	28 (57,1%)	

**Tabla 1.** Factores asociados a la alteración de perfil hepático en enfermedad inflamatoria intestinal.

Viene de la p. anterior.

	Cualquier alteración			Bilirrubinas elevadas			Patrón Hepatoceular <sup>a</sup>			Patrón Colestásico <sup>b</sup>		
	Si (n = 94)	No (n = 23)	p-valor	Si (n = 77)	No (n = 40)	p-valor	Si (n = 30)	No (n = 87)	p-valor	Si (n = 68)	No (n = 49)	p-valor
<b>Extensión EC</b>												
Yeyunal	2 (2,2%)	0 (0,0%)	> 0,05 <sup>o</sup>	1 (1,3%)	1 (2,5%)		2 (6,7%)	0 (0,0%)		2	0	
Yeyunoileal	1 (1,1%)	0 (0,0%)	> 0,05 <sup>o</sup>	1 (1,3%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	1 (1,2%)		0	1	
Ileal	23 (24,7%)	3 (13,0%)	0,041 <sup>o</sup>	17 (22,4%)	9 (22,5%)	> 0,05 <sup>o</sup>	4 (13,3%)	22 (25,6%)	> 0,05 <sup>o</sup>	12	14	> 0,05 <sup>o</sup>
Ileocolónica	6 (6,5%)	3 (13,0%)	> 0,05 <sup>o</sup>	5 (6,6%)	4 (10,0%)		2 (6,7%)	7 (8,1%)		6	3	
Colónica	14 (15,1%)	6 (26,1%)	> 0,05 <sup>o</sup>	12 (15,8%)	8 (20,0%)		7 (23,3%)	13 (15,1%)		11	9	
<b>Laboratorio</b>												
Hemoglobina	12,90 ± 2,00	12,683 ± 2,06	0,668*	12,96 ± 1,97	12,65 ± 2,07	0,426*	12,947 ± 1,88	12,82 ± 2,05	0,928*	12,79 ± 2,08	12,94 ± 1,89	0,678*
Albumina	3,92 ± 0,47	3,73 ± 0,47	0,063*	3,93 ± 0,49	3,80 ± 0,41	0,052*	3,78 ± 0,42	3,93 ± 0,48	0,043*	3,89 ± 0,51	3,89 ± 0,41	0,846*
PCR	10,04 ± 15,21	19,50 ± 27,72	0,372*	9,30 ± 15,17	16,91 ± 23,25	0,188*	10,40 ± 10,23	12,42 ± 20,73	0,215*	13,14 ± 21,33	10,19 ± 13,97	0,168*
Calprotectina	393,29 ± 489,01	476,87 ± 605,79	0,736*	269,71 ± 311,96	674,95 ± 693,19	0,029*	369,30 ± 479,93	425,24 ± 528,78	0,904*	411,88 ± 506,83	527,84 ± 85,62	0,767*
<b>Fármacos</b>												
Uso de corticoides	4 (4,3%)	5 (21,7%)	0,005 <sup>o</sup>	2 (2,6%)	7 (17,5%)	0,004 <sup>o</sup>	2 (6,7%)	7 (8,0%)	0,807 <sup>o</sup>	4 (5,9%)	5 (10,2%)	0,387 <sup>o</sup>
Mezalizina	37 (39,4%)	11 (47,8%)	0,459 <sup>o</sup>	31 (40,3%)	17 (42,5%)	0,815 <sup>o</sup>	12 (40,0%)	36 (41,4%)	0,895 <sup>o</sup>	30 (44,1%)	18 (36,7%)	0,423 <sup>o</sup>
<b>Biológico</b>												
IFX	24 (25,5%)	2 (8,7%)	0,082 <sup>o</sup>	18 (23,4%)	8 (20,0%)	0,667 <sup>o</sup>	10 (33,3%)	16 (18,4%)	0,090 <sup>o</sup>	19 (27,9%)	7 (14,3%)	0,080 <sup>o</sup>
UST	23 (24,5%)	6 (26,1%)	0,872 <sup>o</sup>	19 (24,7%)	10 (25,0%)	0,969 <sup>o</sup>	4 (13,3%)	25 (28,7%)	0,092 <sup>o</sup>	8 (11,8%)	21 (42,9%)	< 0,001 <sup>o</sup>
Esteatosis hepática	32 (34,1%)	5 (21,7%)	0,215 <sup>o</sup>	28 (34,4%)	9 (22,5%)	0,228 <sup>o</sup>	19 (63,3%)	18 (20,6%)	< 0,01 <sup>o</sup>	26 (38,3%)	11 (22,4%)	0,070
<b>APRI</b>												
APRI < 0,5	84 (89,4%)	23 (100%)	0,102 <sup>o</sup>	68 (88,3%)	39 (97,5%)	0,092 <sup>o</sup>	20 (66,7%)	87 (100%)	< 0,01 <sup>o</sup>	59 (86,8%)	48 (98,0%)	0,033 <sup>o</sup>
APRI > 0,5	10 (10,6%)	0 (0,0%)		9 (11,7%)	1 (2,5%)		10 (33,3%)	0 (0,0%)		9 (13,2%)	1 (2,0%)	
<b>Fib-4</b>												
Fib4 < 1,3	73 (77,7%)	21 (91,3%)		59 (76,6%)	35 (87,5%)		19 (63,3%)	75 (86,2%)		52 (76,5%)	42 (85,7%)	
Fib4 < 1,3 - 2,67	21 (22,3%)	2 (8,7%)	> 0,05 <sup>o</sup>	18 (23,4%)	5 (12,5%)	> 0,05 <sup>o</sup>	11 (36,7%)	12 (13,8%)	0,007 <sup>o</sup>	16 (23,5%)	7 (14,3%)	0,215 <sup>o</sup>
Fib4 > 2,67	0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	

<sup>o</sup>Chi cuadrado, \*U de Mann-Whitney, \*TGO y/o TGO sobre limite superior normal, <sup>b</sup>FA y/o GGT sobre limite superior normal.



## Presencia de síndrome de intestino irritable en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión: resultados de un estudio multicéntrico en Perú

Juan Eloy Paredes Mendez<sup>1</sup>, Claudia Azañedo Barrantes<sup>1</sup>, Ana Lucia Mestanza Rivas Plata<sup>2</sup>, Rossana Andrea Franco Vasquez<sup>3</sup>, Hugo Guillermo Cedron Cheng<sup>4</sup>, Ricardo Rocha Bolaños<sup>5</sup>, Judy Melissa Piscocoya Moncada<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Clínica Internacional

<sup>2</sup> Hospital Nacional Guillermo Almenara

<sup>3</sup> Hospital Maria Auxiliadora

<sup>4</sup> Clínica Angloamericana

<sup>5</sup> Clínica Maison De Sante

<sup>6</sup> Clínica Ricardo Palma

### Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y el síndrome de intestino irritable (SII) son afecciones que impactan significativamente la calidad de vida de quienes las padecen. Aunque comparten ciertos síntomas, son patologías distintas con mecanismos subyacentes diferentes.

La superposición entre la enfermedad inflamatoria intestinal y el síndrome de intestino irritable representa un desafío médico que requiere atención especializada y un enfoque multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. Su prevalencia oscila entre el 10% al 30% según estudios actuales.

En Perú no existen estudios que exploren esta coexistencia, a pesar de que el SII es muy prevalente en nuestro medio.

**Objetivo:** Evaluar la presencia del SII en pacientes con EII en remisión, de diferentes centros de referencia de Lima-Perú.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, observacional y analítico en diferentes centros de referencia de EII, desde mayo del 2023 a abril

del 2024. Se revisaron historias clínicas físicas y digitales de pacientes con EII que cumplieran los criterios de inclusión.

Se enrolaron 52 pacientes con EII en remisión, siendo 34 de sexo masculino (65,4%), con una edad promedio de 43,87 años, con tiempo de enfermedad promedio de 64,27 meses. Siendo 33 pacientes con CU y 19 con EC.

Observamos que 22 (42.31%) pacientes presentaron criterios de SII, La instrucción secundaria y el desempleo estuvieron asociados a la presencia de sobreposición. Ni el tipo de EII, fenotipo, extensión o tipo de terapia se asoció con presencia de SII.

**Conclusión:** Casi la mitad de nuestros pacientes presentaron sobreposición entre EII y SII, siendo más frecuente en colitis ulcerativa. El menor grado de instrucción y el desempleo se asoció a presencia de SII.

**Tabla 1.** Características y factores asociado para sobreposición EII/SII

Pacientes (n = 52)	Sobreposición (n = 22)	No sobreposición (n = 30)	p-valor
<b>Sexo</b>			
Masculino	12 (54,5%)	22 (73,3%)	0,159°
Femenino	10 (45,5%)	8 (26,7%)	
Edad	47,05 ± 18,64	41,53 ± 12,25	0,394
<b>Estado civil</b>			
Soltero	6 (27,3%)	12 (40,0%)	> 0,05°
Casado	15 (68,2%)	17 (56,7%)	
Viudo	1 (4,5%)	0 (0,0%)	
Divorciado	0 (0,0%)	1 (3,3%)	
<b>Comorbilidades</b>			
Si	10 (45,5%)	10 (33,3%)	0,375°
No	12 (54,5%)	20 (66,7%)	
Fumador	1 (4,5%)	0 (0,0%)	0,238°
Consumo de alcohol	0 (0,0%)	1 (3,3%)	0,387°
<b>Grado de instrucción</b>			
Secundaria	6 (27,3%)	2 (6,7%)	0,042°
Superior	16 (72,7%)	28 (93,3%)	
<b>Empleo</b>			
Empleado	15 (68,2%)	29 (96,7%)	0,005°
Desempleado	7 (31,8%)	1 (3,3%)	
Tiempo de enfermedad (m)	59,0 ± 30,92	68,13 ± 53,77	0,963*
<b>Tipo de EII</b>			
Colitis ulcerativa	13 (59,1%)	20 (66,7%)	0,575°
Enfermedad de Crohn	9 (40,9%)	10 (33,3%)	
<b>Extensión CU</b>			
Pancolitis	6 (27,3%)	7 (23,3%)	>0,05°
Colitis izquierda	7 (31,8%)	11 (36,7%)	
Proctitis	0 (0,0%)	2 (3,8%)	
<b>Extensión EC</b>			
Ileal	3 (13,6%)	4 (13,3%)	>0,05°
Ileocolónica	2 (9,1%)	2 (6,7%)	
Colónica	4 (18,2%)	4 (13,3%)	
<b>Fenotipo EC</b>			
Inflamatorio	8 (88,9%)	10 (100%)	0,279°
Estenosante	1 (11,1%)	0 (0,0%)	
<b>Laboratorio</b>			
Hemoglobina	13,82 ± 0,93	14,10 ± 0,94	0,221*
Albumina	4,11 ± 0,30	4,11 ± 0,27	0,923**
PCR	2,92 ± 1,23	2,70 ± 1,64	0,383*
Calprotectina	62,73 ± 28,20	51,30 ± 29,62	0,291*
<b>Fármacos</b>			
Uso de corticoides	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NA
Mesalazina	10 (47,6%)	13 (44,8%)	0,845°
Azatioprina	0 (0,0%)	2 (100%)	NA
Biológico			



Juan Eloy Paredes Mendez<sup>1</sup>, Luis Alberto Cervera Caballero<sup>2</sup>, Ana Lucia Mestanza Rivas Plata<sup>3</sup>, Claudia Azañedo Barrantes<sup>1</sup>, Irene Esmeralda Cardenas Vela<sup>2</sup>, Steve Jose Francisco Dominguez Vega<sup>4</sup>, Ricardo Rocha Bolaños<sup>5</sup>, Ramiro Diaz Rios<sup>2</sup>, Judy Melissa Piscocoya Moncada<sup>6</sup>, Deborah Esther Rivas Navarro<sup>3</sup>, Jacqueline Abad Nuñez<sup>2</sup>, Jorge Arturo Vasquez Quiroga<sup>1</sup>, Ofelia Brisaida Castillo Contreras<sup>2</sup>, Yessica Mitzy Jaramillo Ventura<sup>2</sup>, Karen Trinidad Jauregui Palacios<sup>3</sup>, Cesar Rodrigo Ale Olazabal<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Clínica Internacional

<sup>2</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

<sup>3</sup> Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

<sup>4</sup> Centro Médico Naval Santiago Tavera

<sup>5</sup> Clínica Maison De Sante

<sup>6</sup> Clínica Ricardo Palma

### Introducción

La incidencia y prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es decir, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerativa (CU), ha ido en aumento en América Latina en las últimas décadas. En el Perú no se cuenta con datos oficiales de incidencia y prevalencia, sin embargo estamos observando la detección de mayor cantidad de casos nuevos, predominantemente de colitis ulcerativa.

En los últimos 10 años, se han publicado pocos estudios nacionales sobre ésta patología. Ante esto, urge la necesidad de prestar mayor atención al diagnóstico y manejo de la EII en nuestro país.

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en diferentes centros de referencia especializados en Lima.

**Resultados:** Se enrolaron 352 pacientes con EII, siendo 192 (54.55%) varones, con una edad promedio 50.76 años y un tiempo de enfermedad promedio de 64.80 meses. Siendo 197 pacientes con CU y 155 con EC. 260 (73.86%) pacientes provinieron de la seguridad social.

En CU predomina la pancolitis con 46.9% y en EC la ileal con 34.2%. El fenotipo predominante en EC es inflamatorio 58.6%. Los valores de PCR y calprotectina fecal fueron más elevados en EC.

En CU el medicamento más usado es la mezalazina 146, seguido por los biológicos 61; en EC fueron los biológicos 108, seguido por la azatioprina 38. El biológico más usado fue infliximab en 122 pacientes. En CU 19 (9.6%) pacientes fueron sometidos a cirugía, mientras que en EC fueron 84 (54.19%).

214 pacientes alcanzaron remisión clínica (142 con CU y 72 con EC) y curación mucosa 140 (91 con CU y 49 con EC).

**Conclusiones:** En esta cohorte predomina la CU sobre EC. Se observó un mayor uso de terapia biológica en EC así como porcentajes considerables de remisión clínica y ligeramente menores de curación mucosa.

**Tabla 1.** Características de los pacientes con EII en el Perú

Demografía y desenlaces	Características de enfermedad y tratamientos	
	CU (n = 197)	EC (n = 155)
Demografía		
Sexo		
Masculino	100 (50,8%)	92 (54,5%)
Femenino	97 (49,2%)	63 (40,6%)
Edad	51,37 ± 16,70	49,99 ± 19,99
Centro hospitalario		
EsSalud (n = 260)	144 (73,1%)	116 (74,8%)
HNGAI (n = 162)	96 (48,7%)	66 (42,6%)
HNERM (n = 98)	48 (24,4%)	50 (32,3%)
C. Internacional (n = 77)	43 (21,8%)	34 (21,9%)
Sanidades (H. Naval) (n = 15)	10 (5,1%)	5 (3,2%)
Estado civil		
Soltero	72 (36,7%)	57 (38,0%)
Casado	115 (58,7%)	84 (56%)
Viudo	5 (2,6%)	6 (4,0%)
Divorciado	4 (2,0%)	3 (2,0%)
Comorbilidades		
Sí	84 (42,6%)	55 (35,5%)
No	113 (57,4%)	100 (64,5%)
Fumador	7 (3,6%)	1 (0,7%)
Consumo de alcohol	13 (6,6%)	20 (13,2%)
Grado de instrucción		
Secundaria	91 (46,4%)	56 (37,1%)
Superior	105 (53,6%)	95 (62,9%)
Empleo		
Tiempo de enfermedad (m)	67,90 ± 60,70	60,86 ± 50,93
Extensión CU		
Pancolitis	92 (46,9%)	
Colitis izquierda	82 (41,8%)	
Proctitis	22 (11,2%)	
Extensión EC		
Yeyunal		12 (7,7%)
Ileal		53 (34,2%)
Ileocolónica		42 (27,1%)
Colónica		48 (31,0%)
Fenotipo EC		
Inflamatorio		89 (58,6%)
Estenosante		37 (24,3%)
Fistulizante		26 (17,1%)
Laboratorio		
Hemoglobina	12,97 ± 1,59	12,35 ± 1,87
Albúmina	3,94 ± 0,40	3,89 ± 0,46
PCR	6,27 ± 8,09	11,07 ± 18,52
Calprotectina	251,09 ± 379,99	492,31 ± 619,32
Fármacos		
Uso de corticoides	20 (10,2%)	9 (2,8%)
Mezalazina	146 (74,1%)	26 (16,8%)
Azatioprina	22 (11,2%)	38 (24,5%)
Biológico	(n = 61)	(n = 108)
Infliximab	42 (68,85%)	80 (74,07%)



Viviana Parra Izquierdo<sup>1</sup>, Juan Sebastian Frias Ordoñez<sup>1</sup>, Manuel Ballesteros<sup>2</sup>, Daniel Perea<sup>3</sup>, Carlos Medrano Almanza<sup>4</sup>, Alvaro Gomez Venegas<sup>5</sup>, Javier Riveros<sup>6</sup>, Maria Galiano<sup>7</sup>, Fabian Puentes Manosalva<sup>8</sup>, Pedro Eduardo Pico<sup>9</sup>, Cristian Florez Sarmiento<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Internacional de Colombia

<sup>2</sup> Intergastro

<sup>3</sup> Gastroadvanced IPS

<sup>4</sup> Gastroadvanced PS

<sup>5</sup> Práctica privada

<sup>6</sup> Clínica de la Mujer

<sup>7</sup> María Teresa Galiano Servimed SAS

<sup>8</sup> Unión de Cirujanos, ODO Zentria, Universidad de Caldas

<sup>9</sup> Cliniverso

## Background

Clinical data on upadacitinib use in moderate-to-severe ulcerative colitis (UC) remain scarce in Latin America.

**Objective:** To evaluate the real-world effectiveness and safety of upadacitinib in Colombian patients with UC.

**Methods:** This study analyzed patients with moderate-to-severe UC undergoing induction therapy with upadacitinib (45 mg orally, once daily for 8–16 weeks). Clinical response, partial remission (Mayo scale), and biochemical remission (CRP and calprotectin normalization) were assessed. Additional parameters included steroid use, extraintestinal manifestations (EIMs), and adverse events.

**Results:** A total of 16 patients (56.3% female) with a mean age of 39.6 years (SD 14.8, range 20.9–70.4) were included. The average age at UC diagnosis was 31.9 years (SD 12.8, range 2.1–52.6), with a median disease duration of 8.3 years (range 0.25–18.6) before starting upadacitinib. All patients had moderate-to-severe UC; 81.3% had pancolitis, while 6.3% had left-sided colitis. Most had prior failure to TNF inhibitors, some had failed vedolizumab or tofacitinib, and four were biologic-naïve. Six had EIMs. Only one patient required a full 16-week induction. At induction completion, 62.5% achieved clinical response, 37.5% attained clinical remission, and 56.3% reached biochemical remission. EIM improvement was observed in 3/6 cases. Remission was achieved in 3/4 biologic-naïve patients versus 3/12 previously treated with biologics or tofacitinib. Urgency was reported in 10/16 patients and resolved in all cases. Among corticosteroid users, 81.8% discontinued them, while 18.2% reduced their dose. No herpes zoster cases occurred. Two patients experienced adverse events, with acne in 12.5% after induction.

**Conclusion:** Upadacitinib showed favorable efficacy and safety in Colombian UC patients, particularly in those without prior biologic exposure.

**Table 1.** Clinical description of patients with a diagnosis of UC treated with Upadacitinib

Characteristics	n = 16
Male, n (%)	7 (43,7)
Age at diagnosis, average (SD)	31,9 (SD12,8) years (range 2,11-52,6)
<b>Montreal classification</b>	
Age, n (A1:A2:A3)	0:11:05
Extent, n (E1:E2:E3)	2:01:13
BMI (kg/m <sup>2</sup> ), mean ± SD (range)	19,6 ± 3,8 (18,2-26,8)
Previous anti-TNF use, n (%)	11 (68,8)
Previous anti-integrin use, n (%)	5 (31,3)
Previous Tofacitinib use, n (%)	3 (18,8)
Time of induction 8 weeks, n (%)	15 (93,8)
<b>Reason for use of Upadacitinib</b>	
Primary anti-TNF failure, n (%)	2 (12,5)
Secondary anti-TNF failure, n (%)	5 (31,3)
Anti-integrin primary failure, n (%)	0
Anti-integrin secondary failure, n (%)	1 (6,3)
Anti-TNF and anti-integrin failure, n(%)	0
First line treatment, n (%)	0
Primary Tofacitinib failure, n(%)	1 (6,3)
Secondary Tofacitinib failure, n(%)	0
Extraintestinal Manifestation, n(%)	1 (6,3)
Other, n (%)	0
Naïve to biologic therapy (%)	4 (25)
<b>Montreal classification</b>	
Mild, n (%)	0
Moderate, n (%)	11 (68,8)
Severe, n (%)	5 (31,3)
<b>Mayo score</b>	
Mild, n (%)	0
Moderate, n (%)	11 (68,8)
Severe, n (%)	4(25)
No information, n (%)	1 (6,3)
<b>Paraclinics</b>	
CRP, mean (SD)	13,2 (12,2)
Hemoglobin, mean (SD)	12,5 (2,2)
Calprotectin, mean (SD)	851 (365)



Viviana Parra Izquierdo<sup>1</sup>, Juan Sebastian Frias Ordoñez<sup>2</sup>, Fabian Puentes Manosalva<sup>3</sup>, Fernando Sarmiento<sup>4</sup>, Rafael Garcia Duperly<sup>5</sup>, Gustavo Reyes<sup>6</sup>, Melquisedec Vargas<sup>7</sup>, Cristian Florez Sarmiento<sup>2</sup>, Triana Lobaton<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Hospital Internacional de Colombia

<sup>2</sup> Hospital Internacional de Colombia

<sup>3</sup> Unión de Cirujanos – ODO Zentria – Universidad de Caldas

<sup>4</sup> Hospital de la Misericordia

<sup>5</sup> Fundación Santa Fe de Bogotá

<sup>6</sup> Fundación Santa Fe de Bogotá

<sup>7</sup> Gastrokids SAS

<sup>8</sup> Universitair Ziekenhuis Ghent

## Introduction

The risk of infection in patients with IBD and EIM is a growing concern due to their frequent need for advanced therapies. However, data on the prevalence of infections in patients with EIM is lacking.

**Objective:** Assess the prevalence of infections and vaccination coverage in a cohort of patients with EIM from FUNEIIICO.

**Methods:** Cross-sectional multicentre study (Jan 2020–Dec 2023) of paediatric and adult IBD patients with EIM, evaluated by a multidisciplinary team.

**Results:** Of the 197 patients diagnosed with IBD and EIM, 67.5% were female. The cohort was mostly adult (95%) and a little over 5% paediatric. The IBD subtypes were distributed as follows: 68% with UC and 32% with CD. 49.2% of the total sample required biologic therapy. A low prevalence of infections after IBD diagnosis was observed during the study (2020–2023), with higher infection rates in adults with CD. Only one paediatric patient with UC was infected.

The most common type of infection in adults and children was gastroenteritis. Latent tuberculosis (TB) was more frequently documented than infections caused by other pathogens. More than 50% of the population was vaccinated, including against hepatitis B, pneumococcal infections and the flu. More than 80% of patients had received two or more doses of the vaccine for the new strain of coronavirus. Complications were rare in patients with COVID-19, including IBD exacerbations, hospitalisation and intensive care unit admission (Table 1). All patients requiring hospital treatment for COVID-19 were receiving biologic therapies.

**Conclusion:** In this Colombian cohort with IBD and EIM, the prevalence of common infections was low and vaccination coverage was high. Complications from infection with the virus were rare and vaccination coverage was also high.

Table 1.

Continúa en la p. siguiente

Adults	Ulcerative Colitis (n=125)	Crohn's Disease (n=62)
Infection following diagnosis of IBD, n (%)	21 (16,8)	19 (30,6)
Infections		
Acute infections		
Gastrointestinal infection, n (%)	4 (3,2)	7 (11,3)
Skin infection, n (%)	2 (1,6)	5 (8,6)
Urinary tract infection, n (%)	3 (2,4)	7 (11,3)
Pneumonia, n (%)	2 (1,6)	4 (6,5)
Vaginal infection, n (%)	0	0
Other infections		
Tuberculosis, n (%)	0	0
CMV (colitis), n (%)	0	0
C. difficile (enterocolitis), n (%)	1 (0,8)	1 (1,6)
Herpes zoster, n (%)	1 (0,8)	1 (1,6)
H. pylori, n (%)	2 (1,6)	1 (1,6)
Latent tuberculosis, n (%)	3 (2,4)	4 (6,5)
Vaccination		
Hepatitis B, n (%)	70 (56)	38 (61,3)
Pneumococcus, n (%)	63 (50,4)	39 (62,9)
Human papillomavirus, n (%)	29 (23,2)	15 (24,2)
COVID-19		
Vaccination for COVID-19, n (%)	99 (79,2)	50 (80,6)
COVID-19 infection with laboratory confirmation, n (%)	45 (36)	27 (43,6)
IBD activity for COVID-19, n (%)	3 (2,4)	1 (1,6)
Hospitalization for COVID-19, n (%)	1 (0,8)	3 (4,8)
Complications due to COVID-19, n (%)	14 (11,2)	8 (12,9)
ICU requirement for COVID-19, n (%)	0	1 (1,6)

Pediatric	Ulcerative colitis (n= 9)	Crohn's disease (n=1)
Infection following diagnosis of IBD, n (%)	1 (11,1)	0
Infections		
Acute infections		
Gastrointestinal infection, n (%)	1 (11,1)	0
Skin infection, n (%)	0	0
Urinary tract infection, n (%)	0	0
Pneumonia, n (%)	0	0
Vaginal infection, n (%)	0	0
Other infections		
Tuberculosis, n (%)	0	0
CMV (colitis), n (%)	0	0
C. difficile (enterocolitis), n (%)	0	0
Herpes zoster, n (%)	0	0
H. pylori, n (%)	0	0
Latent tuberculosis, n (%)	2 (22,2)	0
Vaccination		
Hepatitis B, n (%)	6 (66,6)	1 (100)
Pneumococcus, n (%)	7 (77,7)	1 (100)
Human papillomavirus, n (%)	2 (22,2)	0
COVID-19		
Vaccination for COVID-19, n (%)	5 (55,5)	1 (100)
COVID-19 infection with laboratory confirmation, n (%)	2 (22,2)	1 (100)
IBD activity for COVID-19, n (%)	0	0
Hospitalization for COVID-19, n (%)	0	1 (100)
Complications due to COVID-19, n (%)	1 (11,1)	0
ICU requirement for COVID-19, n (%)	0	0

IBD: inflammatory bowel disease; CMV: cytomegalovirus; n: number; ICU: intensive care unit; UCI: intensive care unit.



## Efectos del tratamiento biológico en la microarquitectura ósea de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal seguidos durante 7 años

Samer Alejandro Mouhtar El Halabi<sup>1</sup>, Miguel Ángel Ordóñez López<sup>2</sup>, Federico Argüelles Arias<sup>2</sup>, María Ángeles Vázquez Gámez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

<sup>2</sup> Hospital Universitario Virgen Macarena

### Introducción

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un riesgo incrementado de fracturas por fragilidad en comparación con la población general. Parece existir un papel beneficioso de los fármacos biológicos sobre los parámetros óseos en estos pacientes, al inhibir las vías inflamatorias comunes a la actividad intestinal.

**Objetivos:** analizar la respuesta de la masa ósea y de los parámetros de calidad ósea en pacientes con EII con y sin fármacos biológicos, aplicando softwares 3D-Shaper (3DS) y Trabecular Bone Score (TBS).

**Material y método:** estudio observacional y prospectivo que siguió durante 7 años a 81 pacientes de la unidad de EII del Hospital Virgen Macarena. A cada paciente se le realizó una absorciometría de rayos X de doble energía (DXA) en el año 2015 y un control entre los años 2022-2023, aplicando posteriormente desde las imágenes densitométricas el cálculo de valores de microarquitectura ósea mediante los softwares TBS y 3DS, correlacionándose estos valores con el uso de fármacos biológicos.

**Resultados:** los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) sin biológicos presentaron un descenso significativo

de valores óseos trabeculares medidos por TBS. Los pacientes con CU y biológicos mostraron un incremento significativo de la DMO de columna lumbar, sin alcanzar significancia en el resto de parámetros óseos corticales y trabeculares, aunque con tendencia a la mejoría. Los pacientes con EC con fármacos biológicos mostraron una evolución distinta, sin demostrar significancia estadística en ningún valor aunque con tendencia al descenso.

### Conclusiones:

- Los pacientes con CU y terapia biológica mostraron una tendencia a la mejoría en la mayoría de los parámetros óseos, siendo significativa en la DMO de columna lumbar. Estos resultados no se evidenciaron en los pacientes con EC y terapia biológica.
- Son necesarios estudios más amplios, para determinar el papel de las terapias biológicas en el metabolismo óseo.



**Tabla 1.** Terapia biológica en pacientes con CU y EC. Relación con parámetros óseos. CU: colitis ulcerosa. EC: enfermedad de Crohn

	CU sin biológicos		CU con biológicos		EC sin biológicos		EC con biológicos	
	Media	p	Media	p	Media	p	Media	p
DMO L2-L4 previa	0.981	0.289	0.960	0.049	0.931	0.024	0.951	0.361
DMO L2-L4 actual	0.989		1.104		0.971		0.957	
TBS previo	1,315	0.005	1.246	0.177	1.272	0.003	1.321	0.370
TBS actual	1,267		1.379		1.221		1.315	
Cortical sBMD previo	164,60	0.438	156,42	0.121	151.72	0.047	155.33	0.204
Cortical sBMD actual	164,26		166.93		157.15		150.95	
Trabecular vBMD Total previo	186,79	0.145	215.11	0.122	179.85	0.353	166.04	0.360
Trabecular vBMD Total actual	182,96		210.47		177.13		167.37	
Integral vBMD Total previo	325,52	0.198	342.22	0.225	311.40	0.325	296.66	0.438
Integral vBMD Total actual	321,72		350.06		315.69		297.33	
Cortical vBMD Total previo	852.59	0.067	839.14	0.168	812.56	0.063	810.50	0.331
Cortical vBMD Total actual	841,27		882.33		832.31		813.02	
Cortical thickness total previa	1,920	0.084	1.853	0.180	1.864	0.155	1.845	0.468
Cortical thickness total actual	1,943		1.887		1.886		1.847	



## Estado de la microarquitectura ósea en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de larga evolución: seguimiento a 7 años

Samer Alejandro Mouhtar el Halabi<sup>1</sup>, Miguel Ángel Ordóñez López<sup>2</sup>, Federico Argüelles Arias<sup>2</sup>, María Ángeles Vázquez Gámez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

<sup>2</sup> Hospital Universitario Virgen Macarena

### Introducción

los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan mayor riesgo de fractura por fragilidad que la población general. La densidad mineral ósea (DMO) medido mediante absorciometría de rayos X de doble energía (DXA) valora la masa ósea, que puede ser normal en pacientes con fracturas, planteando el papel de la microarquitectura ósea cortical y trabecular en estos pacientes. Para ello se han desarrollado herramientas que valoran la microarquitectura ósea.

**Objetivo:** analizar los cambios en los parámetros microestructurales óseos mediante los softwares 3D-Shaper (3DS) y Trabecular Bone Score (TBS) en una cohorte de pacientes con EII.

**Material y métodos:** estudio observacional y prospectivo que siguió durante 7 años a 81 pacientes de la unidad de EII del Hospital Virgen Macarena. A cada paciente se le realizó una DXA en el año 2015 y un control entre 2022-2023, aplicando posteriormente desde las imágenes densitométricas el cálculo de valores de microarquitectura ósea mediante los softwares TBS y 3DS.

**Resultados:** los pacientes presentaron un incremento significativo de los valores de DMO de columna lumbar, sin cambios en la DMO

de cuello femoral. Se demostró una disminución en los valores de microarquitectura ósea medido por TBS (tabla 1), estando casi la mitad de los pacientes en rango de microarquitectura ósea parcialmente degradada, y siendo estos cambios más evidentes en pacientes con Enfermedad de Crohn. No hubo cambios en los valores de 3D-SHAPER.

**Conclusión:** aunque los pacientes con EII durante el seguimiento presentaron valores de DMO incrementados respecto al inicio, el hueso trabecular (medido por TBS), se deterioró, mostrando un mayor número de pacientes una microarquitectura parcialmente degradada. Esto sugiere un papel importante de la microarquitectura del hueso (y no solo la masa ósea medido por DMO) como parte de la patogenia de las manifestaciones óseas en la EII, como son las fracturas por fragilidad.

**Tabla 1.** Comparación de valores previos y actuales de DMO y TBS. DE: desviación estándar. RIQ: rango intercuartílico.

	Media	DE	RIQ	p
DMO Cuello previa	0,77	0,14	0,67 - 0,85	0,432
DMO Cuello actual	0,77	0,14	0,65 - 0,87	
DMO L2-L4 previa	0,96	1,41	0,86 - 1,05	0,027
DMO L2-L4 actual	0,98	0,15	0,88 - 1,08	
TBS previo	1,31	0,12	1,21 - 1,41	0,022
TBS actual	1,28	0,11	1,20 - 1,36	



## Factores asociados a la adherencia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia nacional

Jacqueline Abad Núñez<sup>1</sup>, Irene Esmeralda Cárdenas Vela<sup>1</sup>, Luis Alberto Cervera Caballero<sup>2</sup>, Ofelia Brisaida Castillo Contreras<sup>3</sup>, Ramiro Díaz Ríos<sup>2</sup>, Edgar Eduardo Alva Alva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HNERM, Clínica Internacional

<sup>2</sup> HNERM, Clínica El Golf

<sup>3</sup> HNERM

### Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), es una condición crónica caracterizada por brotes recurrentes que afectan la calidad de vida de los pacientes y requieren un manejo continuo para prevenir complicaciones y mantener la remisión. La adherencia representa un factor crítico en el control de la enfermedad para prevenir complicaciones y reducir costos.

**Objetivo:** Determinar factores asociados a la baja adherencia en pacientes con EII en un hospital de referencia, mediante un estudio transversal analítico.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en pacientes adultos con diagnóstico confirmado de EII y en tratamiento durante al menos un año con infliximab o mesalazina. La adherencia se midió utilizando un criterio objetivo basado en registros clínicos, considerando como baja adherencia un cumplimiento menor al 80% del tratamiento prescrito. Para el análisis estadístico, se emplearon modelos de regresión de Poisson con varianza robusta (Stata v18.0) para calcular razones de prevalencia (RP) ajustadas.

**Resultados:** De los 111 pacientes incluidos, el 39.6% presentó baja adherencia al tratamiento. En el análisis multivariado, los factores

significativamente asociados a la baja adherencia fueron: Presencia de tres o más comorbilidades (RPa: 4.49; IC95%: 2.09–9.62), aparición de eventos adversos (RPa: 2.06; IC95%: 1.15–3.71), síntoma de diarrea (RPa: 1.83; IC95%: 1.16–2.90).

**Conclusión:** La presencia de tres a más comorbilidades, los eventos adversos y la diarrea se identificaron como predictores de baja adherencia en pacientes con EII. Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias personalizadas, como el manejo activo de síntomas (ej.: diarrea), revisiones frecuentes en pacientes con tres a más comorbilidades y abordaje de efectos adversos, para mejorar la adherencia, optimizar los resultados clínicos y elevar la calidad de vida de los pacientes.

**Tabla 1.** Análisis multivariado de factores asociados a la baja adherencia a la medicación en pacientes con EII. HNERM.

	Baja adherencia a la medicación		p-valor
	Modelo crudo RIP (IC al 95%)	Modelo ajustado RP (IC al 95%)	
<b>Edad categorizada</b>			
15-39 años	Ref	Ref	
40-59 años	1,38 (0,77 - 2,48)	1,26 (0,67 - 2,40)	0,475
+60 años	1,06 (0,57 - 2,00)	0,89 (0,45 - 1,79)	0,752
<b>Sexo</b>			
Masculino	Ref	Ref	
Femenino	1,10 (0,69 - 1,76)	0,89 (0,52 - 1,53)	0,677
<b>Tipo de enfermedad inflamatoria</b>			
Colitis ulcerativo	Ref	Ref	
Enfermedad de Chron	0,66 (0,36 - 1,22)	1,04 (0,36 - 2,97)	0,945
<b>Número de comorbilidades</b>			
Sin comorbilidades	Ref	Ref	
Una comorbilidad	0,83 (0,45 - 1,53)	1,27 (0,68 - 2,40)	0,453
Dos comorbilidades	0,83 (0,32 - 2,20)	1,30 (0,43 - 3,97)	0,642
Tres comorbilidades	2,00 (1,18 - 3,38)	4,31 (1,83 - 10,12)	<0,001
<b>Severidad de la enfermedad</b>			
Inactivo	Ref	Ref	
Leve	1,50 (0,79 - 2,86)	1,21 (0,57 - 2,56)	0,621
Moderado	1,75 (0,95 - 3,21)	1,45 (0,71 - 2,99)	0,309
Severo	1,17 (0,41 - 3,32)	0,98 (0,32 - 3,05)	0,974
<b>Polifarmacia</b>			
1 a 4 medicamentos	Ref	Ref	
+5 medicamentos	0,61 (0,38 - 0,97)	0,68 (0,30 - 1,53)	0,352
<b>Presencia de eventos adversos</b>			
No	Ref	Ref	
Sí	1,31 (0,73 - 2,35)	2,02 (1,13 - 3,63)	<0,05
<b>Presencia de diarrea</b>			
No	Ref	Ref	
Sí	1,54 (0,97 - 2,46)	1,83 (1,11 - 3,01)	<0,05
<b>Presencia de otros síntomas digestivos</b>			
No	Ref	Ref	
Sí	1,50 (0,96 - 2,36)	1,20 (0,69 - 2,10)	0,522
<b>Tipo de medicación recibida</b>			
Basado en 5-Aminosalicilatos	Ref	Ref	
Basado en Infliximab	0,67 (0,41 - 1,10)	0,58 (0,24 - 1,43)	0,239

RP. Razón de Prevalencia, IC al 95%: Intervalo de confianza al 95%

\*Modelo de regresión de Poisson con varianza robusta, ajustado por todas las covariables listadas en la tabla y la presencia de síntomas previos al inicio del estudio.



## Efectos adversos de tiopurinas en enfermedad inflamatoria intestinal: perspectivas de una cohorte chilena

Francisca grandón romero<sup>1</sup>, Belen Giacaman Fonseca<sup>1</sup>, Magdalena Ibacache Cortés<sup>2</sup>, Valeria Granzotto Dal Pozzo<sup>2</sup>, José Miguel Ortega Fuenzalida<sup>3</sup>, Constanza Norambuena Orellana<sup>3</sup>, Manuel Álvarez Lobos<sup>1</sup>, Tamara Pérez Jeldres<sup>1</sup>, Carolina Pavez Ovalle<sup>1</sup>, Ignacia Sepúlveda Rodríguez<sup>1</sup>, Javier Chahuan Abde<sup>1</sup>, Cristian Hernández Rocha<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

<sup>3</sup> Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile

### Introducción

Las tiopurinas son efectivas en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, su uso se asocia a múltiples efectos adversos (EA) desde mielosupresión hasta malignidad a largo plazo. Aunque diversos factores de riesgo han sido descritos en la literatura, existe escasa evidencia proveniente de Latinoamérica.

**Objetivo:** Caracterizar a los pacientes con EII que presentan EA a tiopurinas y determinar factores de riesgo asociados.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de población adulta con diagnóstico de EII tratados con tiopurinas en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se recolectaron datos clínicos y demográficos. EA fue definido como aquella complicación que determinaba suspensión del tratamiento. El análisis estadístico incluyó análisis univariable con test de Mann-Whitney y exacto de Fisher para variables continuas y categóricas, respectivamente. Análisis multivariable se realizó con regresión logística para identificar factores de riesgo de toxicidad incluyendo edad al inicio de tiopurinas, dosis por Kg, sexo, duración del tratamiento y diagnóstico (Crohn vs colitis ulcerosa) en el modelo.

**Resultados:** Se incluyeron 587 pacientes. Las características clínicas y análisis univariable se muestran en la Tabla. El 92.3%

recibió azatioprina. El 54.3% suspendió tratamiento por EA, siendo mielosupresión (12.1%) el EA más frecuente, seguido de intolerancia gastrointestinal (11.1%), hepatitis (5.3%) y pancreatitis (2.9%). Comparado con pacientes que iniciaron tiopurinas antes de los 30 años, el inicio luego de los 65 años se asoció significativamente a mayor riesgo de EA (OR 2,8; IC 95% 1.2-6.5), independiente de otros factores. Menor peso al inicio de tratamiento también se asoció a mayor riesgo de EA (OR 0.97; IC 95% 0.95-0.99).

**Conclusión:** Mayor edad y bajo peso se asocian a mayor riesgo de toxicidad a tiopurinas en pacientes con EII. Esto destaca la importancia de considerar enfoques personalizados y la monitorización estrecha de EA, particularmente en adultos mayores y con bajo peso.

**Tabla 1.** Análisis univariable de las características clínicas de pacientes que suspendieron o no tiopurinas.

	Sin suspensión de tiopurinas (n = 424)	Con suspensión de tiopurinas (n = 163)	P- value
Sexo femenino	238 (56.1)	100 (61.3)	0.264
Edad de inicio de tiopurinas, años	34.0 (25.0-45.0)	37.5 (27.8-54.3)	0.003
Rango de edad de inicio de tiopurinas			0.003
Mayor de 60 años	35 (8.3)	26 (16.0)	
Entre 30 y 60 años	178 (42.0)	73 (44.8)	
Menos de 30 años	153 (36.1)	41 (25.2)	
Dato faltante	58 (13.7)	23 (14.1)	
Peso, Kg	67.0 (57.6-79.0)	63.0 (55.0-72.0)	0.008
Tabaquismo			0.37
Actual	51 (12.0)	24 (14.7)	
Previo	79 (18.6)	23 (14.1)	
Nunca	271 (63.9)	105 (64.4)	
Dato faltante	23 (5.4)	11 (6.7)	
Diagnóstico			0.155
EC	218 (51.4)	98 (60.1)	
CU	179 (42.2)	58 (35.6)	
EII-NC	27 (6.4)	7 (4.3)	
MEI	202 (47.6)	87 (53.4)	0.309
Dato faltante	11 (2.6)	1 (0.6)	
Tipo de Tiopurinas			0.73
Azatioprina	390 (92.0)	152 (93.3)	
Mercaptopurina	34 (8.0)	11 (6.7)	
Dosis de tiopurina (mg/kg/día)	1.89 (1.28-2.31)	1.70 (1.12-2.13)	0.054
Dosis dividida	40 (9.4)	14 (8.6)	0.874
Dato faltante	15 (3.5)	10 (6.1)	
Duración de tiopurinas, años	4.00 (1.00-8.00)	1.0 (0-2.00)	< 0.001

Variables categóricas son expresadas como n (%), y las continuas como mediana (rango intercuartil). EC, enfermedad de Crohn; CU, colitis ulcerosa; EII-NC, enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable; MEI, manifestaciones extraintestinales; TNF, factor de necrosis tumoral.



## Factores asociados a manifestaciones extraintestinales en enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital peruano

Miguel Angel Arce Huamani<sup>1</sup>, Irene Esmeralda Cardenas Vela<sup>2</sup>, Jacqueline Abad Núñez<sup>2</sup>, Luis Alberto Cervera Caballero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Privada Norbert Wiener, Vicerrectorado de investigación

<sup>2</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

### Introducción

Las manifestaciones extraintestinales (MEI) son complicaciones frecuentes de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), con alto impacto en la calidad de vida y en el curso clínico de los pacientes. En el Perú, existe escasa evidencia sobre su frecuencia y factores asociados, lo que limita un abordaje integral y oportuno.

**Objetivo:** Identificar los factores asociados a manifestaciones extraintestinales en enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital peruano.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, de tipo casos y controles. Se analizaron 162 historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, atendidos entre 2020 y 2025 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se recolectaron datos sobre sexo, edad al diagnóstico, tipo de EII y gravedad clínica inicial. Se aplicó regresión logística binaria para estimar razones de odds (OR) ajustadas, con un nivel de significancia estadística de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** El 16.4% de los pacientes presentó al menos una manifestación extraintestinal. En el análisis multivariado, el sexo femenino se asoció significativamente con mayor riesgo de desarrollar

MEI (OR=4.84; IC95%: 1.57–14.95;  $p=0.006$ ), al igual que el diagnóstico de enfermedad de Crohn frente a colitis ulcerosa (OR=3.89; IC95%: 1.07–14.14;  $p=0.039$ ). La edad al diagnóstico no mostró asociación significativa con el desenlace (OR=0.98; IC95%: 0.95–1.01;  $p=0.125$ ). Asimismo, ni la gravedad clínica moderada (OR=0.97; IC95%: 0.27–3.41;  $p=0.957$ ) ni la severa (OR=2.05; IC95%: 0.45–9.35;  $p=0.353$ ) se asociaron significativamente con la presencia de manifestaciones extraintestinales.

**Conclusiones:** En esta cohorte peruana, uno de cada seis pacientes con EII presentó manifestaciones extraintestinales. El sexo femenino y el diagnóstico de enfermedad de Crohn se asociaron de manera independiente con su aparición. Estos hallazgos subrayan la importancia de una evaluación integral, más allá del compromiso intestinal, para prevenir complicaciones sistémicas en esta población.

**Tabla 1.** Regresión logística multivariada de factores asociados a manifestaciones extraintestinales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Variables	OR ajustada* (IC 95%)	Valor p
Sexo femenino	4.84 (1.57–14.95)	0.006
Enfermedad de Crohn (vs CU)	3.89 (1.07–14.14)	0.039
Edad al diagnóstico (años)	0.98 (0.95–1.01)	0.125
Gravedad moderada (vs leve)	0.97 (0.27–3.41)	0.957
Gravedad severa (vs leve)	2.05 (0.45–9.35)	0.353

\*Las odds ratios (OR) ajustadas provienen de un modelo de regresión logística binaria que incluyó sexo, edad, tipo de EII y gravedad clínica al diagnóstico. Se consideró significancia estadística con  $p < 0.05$ .



## Retraso diagnóstico y riesgo de resección intestinal en enfermedad de Crohn en una cohorte peruana

Irene Esmeralda Cárdenas Vela<sup>1</sup>, Jacqueline Abad Núñez<sup>1</sup>, Luis Alberto Cervera Caballero<sup>1</sup>, Miguel Ángel Arce Huamani<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

<sup>2</sup> Universidad Norbert Wiener

### Introducción

El retraso diagnóstico en la enfermedad de Crohn puede agravar el curso clínico y aumentar el riesgo de cirugía intestinal. En Latinoamérica, la evidencia sobre este fenómeno aún es escasa, lo que limita la capacidad de respuesta oportuna en escenarios clínicos reales.

**Objetivos:** Establecer la asociación entre el retraso diagnóstico y el riesgo de resección intestinal en pacientes con enfermedad de Crohn en una cohorte peruana.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en 46 pacientes adultos con enfermedad de Crohn diagnosticados entre

abril de 2020 y febrero de 2025 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. El retraso diagnóstico se trató como una variable categórica ordinal: 0 = <6 meses, 1 = 6-12 meses, 2 = 12-24 meses, 3 = 24-60 meses, 4 = >60 meses. Se aplicaron estadísticas descriptivas, análisis bivariado y regresión logística multivariada para identificar asociaciones ajustadas con la ocurrencia de resección intestinal.

**Resultados:** El 42,6% de los pacientes (n=20) fue sometido a resección intestinal. En el modelo multivariado, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el retraso diagnóstico y la cirugía en ninguna de las categorías. En comparación con el grupo <6 meses, el grupo 6–12 meses presentó una mayor razón de odds (OR) de 3.39 (IC95%: 0.66–17.51; p=0.144), mientras que aquellos con >12 meses tuvieron un OR menor a 1, sin significancia. El sexo masculino mostró una tendencia hacia mayor riesgo de cirugía (OR=4.32; IC95%: 0.94–19.85; p=0.060), sin alcanzar significancia. La edad al diagnóstico no se asoció al desenlace.

**Conclusiones:** Aunque no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, se evidenció una tendencia clínica entre retraso diagnóstico intermedio (6–12 meses) y mayor riesgo quirúrgico. Estos hallazgos deben explorarse en estudios más amplios que permitan confirmar estas asociaciones y orientar intervenciones diagnósticas más oportunas.

**Tabla 1.** Regresión logística multivariada de factores asociados a resección intestinal en enfermedad de Crohn.

Variable	OR ajustado (IC 95%)	Valor p
Retraso diagnóstico		
6-12 meses	3,39 (0,66 - 17,51)	0,144
12-14 meses	1,01 (0,17 - 6,15)	0,990
Más de 24 meses	0,51 (0,07 - 3,95)	0,526
>60 meses	0,63 (0,07 - 5,60)	0,679
Sexo masculino	4,32 (0,94 - 19,85)	0,060
Edad al diagnóstico (años)	1,00 (0,96 - 1,04)	0,911

Nota. Los odds ratios (OR) ajustados provienen de un modelo de regresión logística multivariada que incluyó todas las variables listadas. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas (p < 0,05), aunque se observaron tendencias clínicas relevantes.



## Indicaciones quirúrgicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: relación con la terapia farmacológica en una cohorte institucional de la República Dominicana

Verónica De Jesús Lockward Gullón<sup>1</sup>, Carolin Raquel Peña Marmolejos<sup>2</sup>, María Concepción Robledo Arribas<sup>3</sup>, Felix Contreras Mejuto<sup>4</sup>, Carlos Guzmán Padilla<sup>2</sup>, Salma Arisbel Sánchez Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Clínica Universitaria Unión Médica

<sup>2</sup> Clínica Universitaria Unión Médica

<sup>3</sup> Laboratorio De Patología Contreras Robledo

<sup>4</sup> De Patología Contreras Robledo

### Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye colitis ulcerativa (CU), enfermedad de Crohn (EC) y colitis indeterminada (CI), es un grupo de patologías crónicas del tracto gastrointestinal que en su curso evolutivo pueden necesitar cirugía o tener efectos adversos relacionados con el tratamiento.

Las complicaciones principales son las estenosis, fístulas, perforaciones o refractariedad al tratamiento médico. El riesgo quirúrgico varía según el subtipo de EII, la extensión y la respuesta a terapias como aminosalicilatos, esteroides, inmunomoduladores y biológicos. En República Dominicana, los datos institucionales al respecto son limitados.

**Objetivos:** Describir las indicaciones quirúrgicas en pacientes con EII y su relación con el tratamiento médico en una cohorte institucional dominicana.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, realizado en un centro privado especializado en enfermedades digestivas (2015–2025). Se incluyeron 180 pacientes con diagnóstico confirmado de EII (CU, EC o CI), con confirmación histopatológica y seguimiento clínico. La edad osciló entre 16 y 87 años. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y quirúrgicas. Los datos fueron extraídos de historias clínicas electrónicas y analizados con estadística descriptiva en Microsoft Excel.

**Resultados:** De los 180 pacientes, 22 (12.2%) requirieron cirugía. EC fue el subtipo más frecuente (54.5%), seguido de CU (40.9%) y CI (4.5%). Las indicaciones incluyeron estenosis, fístulas, perforaciones, megacolon tóxico y fallo terapéutico. El 95.5% había recibido inmunomoduladores, esteroides y/o aminosalicilatos; el 68.2%, agentes biológicos. (Tabla 1)

**Conclusiones:** La cirugía sigue siendo una herramienta fundamental para el manejo de las complicaciones en la enfermedad inflamatoria intestinal, incluso en aquellos pacientes que, pese a recibir terapias indicadas –incluidas las más avanzadas como los biológicos–, no están exentos de desarrollarlas. Esto representa un reto en la toma de decisiones y en el seguimiento clínico.

**Tabla 1.** Distribución de subtipos de EII, terapias utilizadas e indicaciones quirúrgicas en pacientes intervenidos.

Población de pacientes EII operados	Total
Total de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal	180
Total de pacientes operados	22
Operados con enfermedad de CROHN	12
Operados con colitis ulcerativa	9
Operados con colitis indeterminada	1
Pacientes operados en tratamiento con inmunomoduladores, esteroides y/o aminosalicilatos	21
Pacientes operados con biológicos	15



## Enfermedad inflamatoria intestinal en geriatría: ¿una nueva cara de una vieja enfermedad?

Fernanda Matamala Gonzalez<sup>1</sup>, Patrick Sadler Spencer<sup>1</sup>, Elizabeth Arriagada Hernandez<sup>1</sup>, Carla Neira Aguayo<sup>1</sup>, Therius Gelin<sup>1</sup>, Juan Carlos Said Rojas<sup>1</sup>, Verónica Silva Figueroa<sup>1</sup>, Andrés De la Vega Bustamante<sup>1</sup>, Tamara Pérez Jeldres<sup>1</sup>, Catalina Farías Aqueveque<sup>1</sup>, Edmundo Aravena Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico San Borja Arriarán

### Introducción

La prevalencia mundial de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en adultos mayores va en aumento. Factores como la fragilidad, comorbilidades y polifarmacia dificultan su diagnóstico y manejo. Existen escasos datos publicados en Latinoamérica sobre EII en este grupo etario.

**Objetivo:** Caracterizar la EII en mayores de 60 años.

**Metodología:** Estudio descriptivo en un hospital terciario de Chile con pacientes >60 años diagnosticados con colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC). Se excluyeron diagnósticos dudosos. Previo consentimiento, se recopilaron datos demográficos, manifestaciones extraintestinales (MEI), diagnóstico de cáncer colorrectal y mortalidad.

**Resultados:** De un total de 680 pacientes con EII, se analizaron 124 fichas de pacientes >60 años con mediana de 67 años (rango 60-91). De ellos, 70% eran mujeres y 73% (correspondiente al 13% del total) fueron diagnosticados con EII después de los 60 años predominando la CU (71%). El 82% utilizaba 5-ASA, 26% azatioprina (AZA) y 15% biológicos, reportándose eventos adversos en 11% de los casos, con predominio de la mielosupresión e intolerancia gástrica asociadas a AZA. El 9%

presentó MEI, siendo las artroespondilopatías lo más frecuente (44%); y el 32% requirió hospitalización por crisis severa de la enfermedad con una mortalidad asociada directamente a complicaciones de la EII del 2.4%.

**Conclusión:** Similar a lo reportado en Norteamérica y Europa, nuestro estudio revela una incidencia de EII en pacientes >60 años cercana al 15%. Además, muestra una tendencia hacia el manejo conservador con 5-ASA y menor uso de inmunomoduladores y biológicos en este grupo etario, probablemente debido a la percepción de un mayor riesgo asociado a fragilidad y comorbilidades. El aumento de la esperanza de vida y el aumento de EII en adultos mayores, hacen necesario caracterizar la enfermedad de mejor manera en estos pacientes para abordarla de mejor manera considerando los desafíos propios del envejecimiento.



## Neoplasias en el contexto de enfermedad inflamatoria intestinal: caracterización clínica y epidemiológica en un hospital de referencia de Lima-Perú

Irene Esmeralda Cardenas Vela<sup>1</sup>, Yessica Mitzzy Jaramillo Ventura<sup>1</sup>, Jacqueline Abad Nuñez<sup>1</sup>, Luis Alberto Cervera Caballero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

### Introducción

Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un riesgo incrementado de desarrollar neoplasias intestinales y extraintestinales. Además, los medicamentos biológicos e inmunomoduladores utilizados para tratar la EII aumentan el riesgo de neoplasias en esta población de pacientes. En Perú, no se cuenta con información local que explore esta relación.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con EII diagnosticados de neoplasia en un hospital de referencia de Lima-Perú.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EII atendidos entre abril del 2020 y febrero del 2025 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se obtuvo datos epidemiológicos, características de la enfermedad, tipo de tratamiento y ocurrencia de neoplasias en este grupo de pacientes. Se buscó la prevalencia de neoplasias y se realizó un análisis descriptivo de las distintas variables.

**Resultados:** De 161 pacientes diagnosticados de EII, 7 pacientes desarrollaron neoplasias (4.34%), fue más frecuente en pacientes que

tenían diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) (n=5), la mayoría eran mujeres (n=4). La mediana de tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de EII hasta el diagnóstico de neoplasia fue de 5 años. Todas las neoplasias fueron de tipo extraintestinal siendo el más frecuente el linfoma no Hodgkin (n=4). La mayoría de los pacientes recibía tratamiento con infliximab (n=5) ya sea combinada con azatioprina (n=3) o como monoterapia (n=2).

**Conclusiones:** En nuestro hospital la prevalencia de neoplasias en pacientes con EII es mayor a lo reportado en otras series extranjeras. La aparición de cáncer fue más frecuente en pacientes con EC, todos ellos desarrollaron neoplasias solo de tipo extraintestinal y la mayoría de pacientes recibían infliximab combinado con azatioprina.

**Tabla 1.** Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que desarrollaron neoplasias

ID	Sexo	Edad al diagnóstico EII (años)	Tipo de EII	Localización-Montreal	Edad al diagnóstico de cáncer (años)	Duración de la EII (años)	Tratamiento recibido	Localización del cáncer
1	F	71	EC	L1 Patrón estenosante	76	8	Infliximab más azatioprima	Cáncer de mama
2	M	56	EC	L3 Patrón estenosante y fistulizante	59	3	Infliximab más azatioprima	Linfoma No Hodgking células B
3	F	22	EC	L3 Patrón estenosante	27	5	Infliximab más azatioprima	Linfoma de células T/NK
4	M	28	EC	L1 Patrón estenosante	32	4	Infliximab	Linfoma de células T/NK
5	F	57	EC	L3 Patrón estenosante	63	6	Mesalazina vía oral	Linfoma del manto ganglionar
6	F	49	CU	E3	52	3	Infliximab más azatioprima	Cáncer de mama
7	M	50	CU	E1	64	14	Mesalazina vía oral y supositorio	Cáncer de próstata y vejiga



## Factores asociados a la obtención de disease clearance en pacientes con colitis ulcerativa: análisis de una cohorte peruana

Judy Melissa Piscocoya Moncada<sup>1</sup>, Juan Eloy Paredes Mendez<sup>2</sup>, Deborah Esther Rivas Navarro<sup>3</sup>, Ricardo Rocha Bolaños<sup>4</sup>, Gianmarco Silva Salvador<sup>3</sup>, Vanessa Katherine Eslava Rebaza<sup>5</sup>, Nevenka Maite Alegre Villanueva<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Clínica Ricardo Palma

<sup>2</sup> Clínica Internacional

<sup>3</sup> Hospital Nacional Guillermo Almenara

<sup>4</sup> Clínica Maison De Sante

<sup>5</sup> DITMED

<sup>6</sup> Hospital María Auxiliadora

### Introducción

La colitis ulcerativa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica, idiopática y recidivante, caracterizada por inflamación continua desde el recto hacia el colon proximal.

El manejo terapéutico de la CU ha evolucionado desde un enfoque sintomático hacia estrategias más ambiciosas como el treat-to-target (T2T), promovido por los consensos STRIDE I Y II.

Disease clearance (DC), entendido como la remisión clínica, endoscópica e histológica, enfoca integralmente y se asocia con mejores desenlaces a largo plazo, incluyendo menor riesgo de cirugía, hospitalización y recaídas clínicas. Las tasas de éxito son aún limitadas (16%-30% según estudios) y depende de múltiples factores como el tiempo de enfermedad, el tratamiento y el inicio de la terapia.

**Objetivo:** Analizar los diferentes factores que influyen en la obtención de disease clearance en pacientes con CU de dos centros de referencia en Lima-Perú.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico en dos centros de referencia de enfermedad inflamatoria intestinal, desde enero del 2024 a abril 2025. Se revisaron historias clínicas físicas y digitales de pacientes con CU con al menos 12 meses de terapia de mantenimiento.

**Resultados:** Se enrolaron 58 pacientes con CU, 33 de sexo masculino, edad promedio de 45.19±16.6 años, con tiempo de enfermedad promedio de 65.59±45.2 meses.

Siendo el medicamento más usado la mesalazina (69%) y el biológico más usado fue infliximab (43.5%), seguido de ustekinumab (39.1%).

El disease clearane se observó en el 38% de pacientes. Se identificó que el tiempo de enfermedad, valores mayores de hemoglobina y albúmina, así como menor PCR se asociaron estadísticamente a DC.

**Conclusiones:** Se identificó que más de un tercio de los pacientes lograron disease clearance a 12 meses de seguimiento y este se asoció a mayor tiempo de enfermedad, mayores niveles de hemoglobina y albúmina, y menores valores de PCR.

**Tabla 1.** Factores asociada remisión clínica, curación mucosa y disease clearance en pacientes con colitis ulcerativa

Pacientes (n)	Remisión clínica (n = 41)	No remisión clínica (n = 17)	p-valor	Curación Mucosa (n = 39)	No curación Mucosa (n = 19)	p-valor	Disease Clearance (n = 22)	No Disease Clearance (n = 36)	p-valor
<b>Sexo</b>									
Masculino	23 (56,1%)	10 (58,8%)	0,849°	24 (61,5%)	9 (47,4%)	0,306°	14 (63,6%)	19 (52,8%)	0,418
Femenino	18 (43,9%)	7 (41,2%)		15 (38,5%)	25 (43,1%)		8 (36,4%)	17 (47,2%)	
Edad	42 ± 15,08	50,94 ± 19,21	0,090*	45,08 ± 14,60	45,42 ± 20,67	0,949*	45,27 ± 15,39	45,14 ± 17,58	0,977*
<b>Estado civil</b>									
Casado	25 (61,0%)	12 (70,6%)	0,488°	26 (66,7%)	11 (57,9%)	0,514°	13 (59,1%)	24 (66,7%)	0,560
Soltero	13 (31,7%)	5 (29,4%)	0,863°	10 (25,6%)	8 (42,1%)	0,203°	7 (31,8%)	11 (30,6%)	0,920
Viudo	2 (4,9%)	0 (0,0%)	0,354°	2 (5,1%)	0 (0,0%)	0,315°	2 (9,1%)	0 (0,0%)	0,066
Divorciado	1 (2,4%)	0 (0,0%)	0,516°	1 (2,6%)	0 (0,0%)	0,481°	0 (0,0%)	1 (2,8%)	0,430
<b>Comorbilidades</b>									
No	27 (65,9%)	8 (47,1%)	0,183°	24 (61,5%)	11 (57,9%)	0,790°	13 (59,1%)	22 (61,1%)	0,879
Si	14 (34,1%)	9 (52,9%)		15 (38,5%)	8 (42,1%)		9 ( )	14 (38,9%)	
Fumador	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A
Consumo de alcohol	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A
<b>Grado de instrucción</b>									
Superior	32 (78,1%)	11 (64,7%)	0,291°	31 (79,5%)	12 (63,2%)	0,183°	19 (86,4%)	24 (66,7%)	0,096°
Secundaria	9 (22,0%)	6 (35,3%)		8 (20,5%)	7 (36,8%)		3 (13,6%)	12 (33,3%)	
<b>Empleo</b>									
Empleado	32 (78,0%)	13 (76,5%)	0,896°	32 (82,1%)	13 (68,4%)	0,243°	17 (77,3%)	28 (77,8%)	0,964°
Desempleado	9 (22,0%)	4 (23,5%)		7 (17,9%)	6 (31,6%)		5 (22,7%)	8 (22,2%)	
Tiempo de enfermedad (meses)	74,63 ± 48,54	43,76 ± 26,047	0,020**	73,23 ± 48,75	49,89 ± 32,74	0,071**	79,64 ± 48,08	57,00 ± 41,75	0,042**
<b>Extensión</b>									
Colitis izquierda	18 (43,9%)	5 (29,4%)	0,305°	18 (46,2%)	5 (26,3%)	0,147°	12 (54,5%)	11 (30,6%)	0,070°
Pancolitis	22 (53,7%)	12 (70,6%)	0,233°	20 (51,3%)	14 (73,7%)	0,104°	10 (45,5%)	24 (66,7%)	0,112°
Proctitis	1 (2,4%)	0 (0,0%)	0,516°	1 (2,6%)	0 (0,0%)	0,481°	0 (0,0%)	1 (2,8%)	0,430°
<b>Laboratorio</b>									
Hemoglobina	13,51 ± 1,17	12,39 ± 2,05	0,047**	13,57 ± 1,09	12,37 ± 2,01	0,021**	13,81 ± 0,94	12,80 ± 1,73	0,025**
Albúmina	4,01 ± 0,36	3,71 ± 0,43	0,011**	4,00 ± 0,36	3,80 ± 0,45	0,118**	4,11 ± 0,33	3,8 ± 0,41	0,013**
PCR	4,74 ± 3,61	14,98 ± 10,87	< 0,001**	5,56 ± 5,34	12,20 ± 10,60	0,008**	4,84 ± 4,15	9,51 ± 9,28	0,030**
Calprotectina	277,68 ± 386,18	548,17 ± 744,59	0,391**	311,74 ± 511,26	382,63 ± 363,52	0,074**	177,75 ± 261,90	426,21 ± 552,61	0,110**
<b>Fármacos</b>									
Uso de corticoides	1 (2,4%)	2 (11,8%)	0,144°	2 (5,1%)	1 (5,3%)	0,983°	0 (0,0%)	3 (8,3%)	0,164°
Mesalazina	27 (65,9%)	13 (76,5%)	0,426°	27 (69,2%)	13 (68,4%)	0,950°	15 (68,2%)	25 (69,4%)	0,920°
<b>Biológico</b>									
IFX	6 (14,6%)	4 (23,5%)	0,414	5 (12,8%)	5 (26,3%)	0,202	3 (13,6%)	7 (19,4%)	0,570
UST	9 (22,0%)	0 (0,0%)	0,036	8 (20,5%)	31 (79,5%)	0,132	5 (22,7%)	4 (11,1%)	0,236
<b>Cirugía</b>									
Ostomía	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A
Resección y anastomosis	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A
Reservorio-Pouch	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	N/A

°chi cuadrado, \*t-student, \*\* U de Mann-Whitney





## Perfil clínico-epidemiológico en hospitalizados con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de referencia y análisis descriptivos de reingresos

Jacqueline Abad Nuñez<sup>1</sup>, Viviana Zoraida Purizaga Ñaupá<sup>2</sup>, Luis Andres Huamán Berna<sup>2</sup>, Luis Alberto Cervera Caballero<sup>2</sup>, Irene Esmeralda Cardenas Vela<sup>1</sup>, Ofelia Castillo Contreras<sup>2</sup>, Ramiro Diaz Rios<sup>2</sup>, Edgar Eduardo Alva Alva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HNERM, Clínica internacional.

<sup>2</sup> HNERM

### Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), conformada por colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), es un trastorno inmunomediado crónico. Entre el 20 al 35% de los pacientes requieren hospitalización anual, principalmente por brotes moderados o severos, complicaciones infecciosas o necesidad quirúrgica; representando una importante carga económica.

**Objetivos:** Identificar el perfil clínico y epidemiológico en pacientes hospitalizados con diagnóstico de EII y describir los patrones de reingresos.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes adultos con EII hospitalizados entre enero de 2020 y diciembre de 2024 en un hospital de referencia nacional de Lima-Perú. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas y analizados con Stata v16.0.

**Resultados:** De 162 pacientes con EII, 43 (26.5%) fueron hospitalizados. Se encontró una asociación significativa de EC con mayor riesgo de hospitalización (OR: 3.75; IC 95%: 1.7–8.24;  $p < 0.001$ ); siendo las causas de ingreso el brote agudo (72.1%) y debut (27.9%) y los síntomas al ingreso diarrea (60.5%), hemorragia digestiva (23.3%)

y dolor abdominal (7%). Durante la hospitalización, el 51.1% recibió corticoides, 39.5% terapia biológica, 34.9% antimicrobianos y 4.7% cirugía. No hubo diferencia significativa en la tasa de rehospitalización entre CU y EC ( $p = 0.76$ ) y el 44% de pacientes tuvieron reingresos, de los cuales el 29.6% fueron posterior de los 90 días.

**Conclusiones:** Uno de cada cuatro pacientes con EII fue hospitalizado, siendo la EC un factor de riesgo significativo. El uso elevado de biológicos y antimicrobianos refleja la complejidad clínica de los brotes. La tasa similar de reingresos en CU y EC sugiere que la gravedad inicial, más que el subtipo, determina la rehospitalización. Esto respalda el inicio temprano de terapia avanzada, un seguimiento estrecho tras el alta y el monitoreo de infecciones.

Tabla 1. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes hospitalizados con EII.

Continúa en la p. siguiente

Enfermedad inflamatoria	EII	Enfermedad CROHN	Colitis ulcerativa
<b>Tasa de hospitalización, n (%)</b>			
Hospitalizados	43 (26,5)	22 (45,8)	21 (18,4)
Ambulatorios	119 (73,5)	26 (54,2)	93 (81,6)
Total	162 (100)	48 (100)	114 (100)
<b>Características generales</b>			
<b>Sexo, n (%)</b>			
Masculino	22 (51,2)	14 (53,6)	8 (28,1)
Femenino	21 (48,8)	8 (36,4)	13 (69,1)
Edad al ingreso (media en años)	49,6	48	51,2
<b>Número de comorbilidades</b>			
Ninguna	17 (39,5)	9 (40,9)	8 (38,1)
Una	18 (41,9)	9 (40,9)	9 (42,9)
Dos o más	8 (18,6)	4 (18,2)	4 (19)
<b>Características clínicas y endoscópicas</b>			
<b>Motivo de ingreso, n (%)</b>			
Debut	12 (27,9)	6 (27,3)	6 (28,6)
Brote	31 (72,1)	16 (72,3)	15 (71,4)
Compromiso perianal	8 (31,8)	7 (31,8)	1 (4,8)
Hemorragia gastrointestinal	6 (13,9)	2 (9,1)	4 (19)
<b>Clínica predominante al ingreso, n (%)</b>			
Diarrea	30 (69,8)	14 (63,7)	16 (76,2)
Hemorragia	6 (13,9)	2 (9,1)	4 (19)
Dolor o dist. abdominal	3 (7)	3 (13,6)	0 (0)
Otro	4 (9,3)	3 (13,6)	1 (4,8)
<b>Actividad endoscópica, n (%)</b>			
Leve	13 (30,2)	10 (45,5)	3 (14,3)
Moderada	18 (41,9)	10 (45,5)	8 (38,1)
Severa	12 (27,9)	2 (9)	10 (47,6)

Enfermedad inflamatoria	EII	Enfermedad CROHN	Colitis ulcerativa
Estancia hospitalaria (media en días)	23,7	27,05	20,3
Mortalidad hospitalaria, n (%)			
Tasa de mortalidad	2 (4,7)	1 (4,5)	1 (4,8)
<b>Tratamientos recibidos</b>			
<b>Previo al ingreso, n (%)</b>			
Ninguno (debut)	13 (30,2)	7 (31,8)	6 (28,6)
Mesalazina	15 (34,9)	4 (18,1)	11 (52,4)
Infliximab	7 (16,3)	6 (27,3)	1 (4,8)
Azatioprina	4 (9,3)	3 (13,6)	1 (4,8)
Otros	4 (9,3)	2 (9)	2 (9,5)
<b>Durante hospitalización, n (%)</b>			
Corticoides	22 (51,2)	6 (27,3)	16 (76,2)
Inicio de biológicos	17 (39,5)	6 (27,3)	11 (52,4)
ATB o antivirales	15 (34,9)	9 (40,9)	6 (28,6)
Quirúrgico	2 (4,7)	1 (4,5)	1 (4,8)
<b>Al alta, n (%)</b>			
Infliximab	26 (60,7)	15 (68,3)	11 (52,4)
Mesalazina	10 (23,3)	1 (4,5)	9 (42,9)
Otro biológico	3 (6,8)	3 (13,6)	0 (0)
Otros o fallecidos	4 (9,2)	3 (13,6)	1 (4,7)
<b>Tasa de rehospitalización (n=41)</b>			
No, n (%)	23 (56)	11 (52,4)	12 (60)
Sí, n (%)	18 (44)	10 (47,6)	8 (40)
Antes de 30 días	1 (2,4)	1 (4,8)	0
Entre 30 a 90 días	5 (12,2)	2 (9,5)	3 (15)
Posterior a los 90 días	12 (29,4)	7 (33,3)	5 (25)



## Adherencia terapéutica y actividad clínica en pacientes con colitis ulcerosa en una cohorte peruana

Irene Esmeralda Cardenas Vela<sup>1</sup>, Jacqueline Abad Nuñez<sup>1</sup>, Miguel Angel Arce Huamani<sup>2</sup>, Yessica Mitzy Jaramillo Ventura<sup>1</sup>, Luis Alberto Cervera Caballero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

<sup>2</sup> Universidad Norbert Wiener

### Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que puede evolucionar con recaídas y complicaciones si no se logra un control clínico sostenido. Aunque existen tratamientos eficaces, la adherencia terapéutica continúa siendo un reto en la práctica clínica. En el Perú, no se cuenta con evidencia local que explore esta relación de forma sistemática.

**Objetivos:** Establecer la asociación entre la adherencia terapéutica y la actividad clínica de la enfermedad en pacientes con colitis ulcerosa en una cohorte peruana.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo en 115 pacientes con diagnóstico confirmado de CU, atendidos entre abril de 2020 y febrero de 2025 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La adherencia terapéutica se obtuvo de registros clínicos y se clasificó como buena (0) o mala (1). La actividad clínica se definió como presencia de síntomas o score de Mayo  $\geq 1$ . Se aplicaron análisis bivariados y un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta, ajustando por edad al diagnóstico y tipo de tratamiento de mantenimiento.

**Resultados:** El 81.7% de los pacientes presentó buena adherencia terapéutica, mientras que el 18.3% mostró mala adherencia. La actividad clínica se observó en el 30.7% de los casos. En el modelo multivariado, la mala adherencia se asoció significativamente con mayor riesgo de actividad clínica (RP=2.12; IC95%: 1.25–3.58;  $p=0.005$ ). Ni el uso de biológicos/inmunosupresores ( $p=0.346$ ) ni la edad al diagnóstico ( $p=0.966$ ) mostraron asociaciones significativas.

**Conclusiones:** Los pacientes con mala adherencia terapéutica presentaron más del doble de riesgo de mantener actividad clínica. Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer el seguimiento farmacológico individualizado y promover estrategias efectivas para mejorar la adherencia en pacientes con colitis ulcerosa.

**Tabla 1.** Regresión de Poisson con varianza robusta sobre actividad clínica en pacientes con colitis ulcerosa

Variable	RP cruda (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)	Valor p (ajustada)
Mala adherencia terapéutica	2,14 (1,25 - 3,68)	2,12 (1,25 - 3,58)	0,005*
Tratamiento con biológicos/inmunosupresores	-	1,43 (0,68 - 3,01)	0,346
Edad al diagnóstico (años)	-	1,00 (0,98 - 1,02)	0,966

Nota. La razones de proporción (RP) se estimaron mediante regresión de Poisson con varianza robusta.  
\*Se consideró significancia estadística con  $p < 0,05$ .



## Diagnostico endoscopico diferencial de la enfermedad inflamatoria intestinal. experiencia en dos centros de referencia en Perú

Deborah Esther Rivas Navarro<sup>1</sup>, Juan Eloy Paredes Mendez<sup>2</sup>, Nevenka Maite Alegre Villanueva<sup>3</sup>, Claudia Azañedo Barrantes<sup>2</sup>, Ricardo Rocha Bolaños<sup>4</sup>, Judy Melissa Piscocoya Moncada<sup>5</sup>, Fernando Junior Contreras Vargas<sup>2</sup>, Vanessa Katherine Eslava Rebaza<sup>6</sup>, Gianmarco Silva Salvador<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Guillermo Almenara

<sup>2</sup> Clinica Internacional

<sup>3</sup> Hospital Maria Auxiliadora

<sup>4</sup> Clinica Maison De Sante

<sup>5</sup> Clinica Ricardo Palma

<sup>6</sup> Clinica San Pablo Trujillo

### Introducción

La colitis ulcerativa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) están caracterizadas por episodios de recaídas y periodos de remisión.

Los hallazgos endoscópicos característicos de la CU incluyen compromiso inflamatorio confluyente homogéneo que se proyecta en forma proximal con clara demarcación de la zona inflamada. En la EC se aprecia compromiso inflamatorio en parches alternadas con áreas de mucosa sana, apreciándose úlceras tipo aftas, lineales o serpinginosas pudiendo asociarse a patrón en empedrado.

El diagnóstico diferencial incluye un amplio espectro de enfermedades inflamatorias (infecciosas y no infecciosas) que se asemejan a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y otras que pueden coexistir y complicarla.

**Objetivo:** Determinar que patologías pueden simular endoscópicamente la enfermedad inflamatoria intestinal en dos centros de referencia de enfermedad inflamatoria intestinal.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, observacional y analítico en dos centros de referencia de enfermedad inflamatoria intestinal, desde Julio 2023 a Abril 2025. Se revisaron historias clínicas físicas y digitales de pacientes con sospecha de EII.

**Resultados:** Se enrolaron 97 pacientes con sospecha endoscópica de enfermedad inflamatoria intestinal, 51 de sexo femenino, con una edad promedio de 44.1 años. Los pacientes con biopsia compatible con enfermedad inflamatoria intestinal fueron 49.

En los pacientes con histología compatibles con EII la clínica más frecuente fue el dolor abdominal (n=38), seguido por la anemia (n=21); la ubicación de las lesiones más frecuente fue la ileal (n=36), seguida de la rectal (n=30)

**Conclusion:** Observamos que casi la mitad de los pacientes referidos con sospecha de EII correspondían a otras patologías sobre todo las infecciosas. Los hallazgos endoscópicos en íleon se correlacionan histológicamente con EII.

**Tabla 1.** Características de pacientes con sospecha de EII

	N (97)	EII (49)	Otras etiologías (45)
Sexo			
Masculino	46	21	25
Femenino	51	28	23
Edad	44,1	42,35	46
Tiempo de enfermedad	14,59	20,24	8,14
Clinica			
Diarrea S/M S/S	42	13	29
Diarrea S/M S/S	7	4	3
Diarrea S/M S/S	18	15	3
Hematoquezia	14	12	8
Dolor abdominal	38	24	15
Anemia	21	16	5
Ubicación de lesiones			
Yeyuno	5	2	3
Íleon	36	19	17
VIC	2	2	0
Ciego	7	4	3
Colon ascendente	26	10	16
Colon descendente	20	10	10
Colon sigmoideas	20	10	10
Recto	30	15	15
Hallazgos endoscópicos			
Úlceras	97	34	21
Erosiones	39	19	23
Pérdida de patrón vascular	7	6	1
Congestión	34	16	18
Estenosis	4	4	0



## Perfil epidemiológico de la enfermedad inflamatoria intestinal en un centro especializado dominicano: análisis de una cohorte institucional

Verónica de Jesús Lockward Grullón<sup>1</sup>, Carolin Raquel Peña Marmolejos<sup>1</sup>, Maria Concepción Robledo Arribas<sup>2</sup>, Felix Contreras Mejuto<sup>2</sup>, Salma Arisbel Sánchez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clínica Universitaria Unión Médica

<sup>2</sup> Laboratorio de Patología Contreras Robledo

### Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerativa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada (CI), comprende un grupo de patologías crónicas del tracto gastrointestinal con características clínicas que a menudo se superponen. A nivel global, su prevalencia e incidencia han aumentado progresivamente, especialmente en regiones en vías de desarrollo. En América Latina, factores como la migración, la globalización y un mayor reconocimiento clínico han contribuido significativamente a este incremento. (1,2)

**Objetivo:** Describir el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de EII atendidos en un centro de salud especializado entre 2015 y 2025.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo basado en una cohorte institucional. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico confirmado de CU, EC o CI durante el período de estudio, mediante verificación histopatológica. Se analizaron variables como edad, sexo, tipo de EII y año de diagnóstico. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva utilizando Microsoft Excel.

**Resultados:** Se incluyeron 180 pacientes. La edad promedio fue 44 años (rango: 16–87 años). El 56% correspondió a colitis ulcerativa,

42% enfermedad de Crohn y 2% colitis indeterminada. En la CU, 52% fueron mujeres; en la EC, el 52% fueron hombres; y en la CI, el 67% fueron hombres. Se observó una tendencia creciente en el número de casos, con un pico en 2024 y el menor número en 2015 (Tabla 1).

**Conclusiones:** En esta cohorte, la CU fue la forma más frecuente de EII, con distribución por sexo variable según el subtipo. El aumento progresivo de casos refleja mejor diagnóstico y posible incremento de la incidencia local. Se destaca la necesidad de fortalecer la atención primaria y especializada para mejorar la detección y evitar complicaciones en América Latina.

**Tabla 1:** Características epidemiológicas de la cohorte de pacientes con EII.

Variables	Valor
Número total de pacientes	180
Edad promedio (años)	44
Edad mínima	16
Edad máxima	87
Tipo de EII - colitis ulcerativa	56%
Tipo de EII - enfermedad de Crohn	42%
Tipo de EII - colitis Indeterminada	2%
Sexo en colitis ulcerativa	52% mujeres / 48% hombres
Sexo en enfermedad de Crohn	48% mujeres / 52% hombres
Sexo en colitis Indeterminada	33% mujeres / 67% hombres
Año con más casos	2024
Año con menos casos	2015



# Abstracts

Parte 7: Intestino Delgado

Parte 6:  
Enfermedad inflamatoria intestinal

Índice



## ¿Estamos sobrediagnosticando sobrecrecimiento intestinal de metano (IMO) en nuestros pacientes?

Christian Von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Ana Maria Madrid Silva<sup>2</sup>, Rodrigo Quera pino<sup>1</sup>, Natalia Santos Guzman<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad De Los Andes

<sup>2</sup> Universidad De Chile

### Introducción

La disbiosis, junto al aumento de la permeabilidad intestinal y la hipersensibilidad visceral contribuyen a la fisiopatología del Síndrome de Intestino Irritable (SII). Se ha visto que pacientes con SII de predominio estreñimiento (E) producen metano a partir de la fermentación de carbohidratos por acción de *archeas* como *Methanobrevibacter smithii*, contrastando con el SII-D, que carece de estos organismos. El test de aire espirado con lactulosa (TAEL) detecta niveles de hidrógeno (H<sub>2</sub>) y metano (CH<sub>4</sub>). La guía europea clasifica a los "productores de metano" aquellos con 10 partículas por millón (ppm) o más sobre el basal de CH<sub>4</sub> durante el estudio, mientras la norteamericana considera cualquier valor sobre 10 ppm como positivo para sobrecrecimiento por metano (IMO) lo que puede determinar cambios en la terapéutica.

**Objetivo:** Comparar los distintos criterios diagnósticos para flora productora de metano y sobrecrecimiento intestinal por metano (IMO) en pacientes con SII y proponer un criterio ajustado a tiempo de tránsito orocecal de pacientes locales.

**Metodología:** Se incluyeron pacientes con SII según criterios Roma IV que se realizaron test de aire espirado con lactulosa según protocolo estandarizado con mediciones cada 10 minutos. Se midió producción total de metano en los 180 minutos y se midió la presencia de IMO según los distintos criterios, considerándose como criterio americano (CA) cualquier elevación durante los 180 minutos de estudio mayor a 10 ppm, como criterio europeo (CE) una elevación de CH<sub>4</sub> mayor a 10ppm sobre el basal antes de los 90 minutos y el criterio propuesto por nuestro laboratorio (CCh) como 2 elevaciones mayores a 10 ppm sobre el basal en los primeros 60 minutos. Se incluyeron 3257 pacientes que cumplieron criterios Roma IV para SII siendo 2403 (72%) SII-E, 854 (28%) con SII-D y un grupo de 30 controles sanos asintomáticos. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Shapiro-Wilk y la comparación de grupos mediante la prueba de Chi<sup>2</sup>.

**Resultados:** En los sujetos con SII-E, 2265 (94.3%) producían CH<sub>4</sub>, con una producción media en 180 minutos de 404.95 ± 286.6 ppm; pacientes con SII-D, 768 (84.1%) producían metano, con una media de 382.81 ± 268.62 ppm y los controles, 28 (93%) produjeron metano con un total de 374.7 ± 227 ppm en los 180 minutos de estudio (p=0,001). En relación al diagnóstico de IMO, usando CA pacientes con SII-E cumplían diagnóstico en un 92.6%, 52.3% con CE y 18.1% según CCh. De los con SII-D cumplían con diagnóstico el 89.0% según CA, 56.0% con CE, y 15.6% según CCh. Y en los controles según el CA el 93.3%, un 46.4% con el CE y un 14.3% con CCh. Todos mostrando diferencias significativas entre grupos (p=0,001).

**Conclusión:** Los diferentes criterios de diagnóstico para el sobrecrecimiento de metano intestinal (IMO) muestran variaciones significativas, lo que subraya la necesidad de estandarizar los métodos de diagnóstico de IMO y no sobrediagnosticar pacientes. Esto muestra que una alteración en la microbiota productora de metano no necesariamente implica una comorbilidad.

	Total pacientes	No productor CH <sub>4</sub> /%	Total CH <sub>4</sub> /+ppm	IMO USA /%	IMO Europa /%	IMO Chile /%	P value
SII-E	2403	138/5.74	405 /286.6	2097/92.6	1185/52.3	410/18.1	0,001
SII-D	831	71/8.54	382.8/268.6	697/89.0	439/56.0	122/15.6	0,001
Controles	30	2/14.3	374.7/227.3	28/93.3	13/46.4%	4/14.3	0,001



## Cumplimiento de los indicadores de calidad en cápsula endoscópica en américa latina: reporte preliminar

Hugo Cedrón Cheng<sup>1</sup>, Clara Luz Martínez<sup>2</sup>, Carolina Olano<sup>3</sup>, Carlos Waldbaum<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Clínica Anglo Americana, Perú. ,

<sup>2</sup> Hospital San Angel Inn Universidad, México ,

<sup>3</sup> Clínica de Gastroenterología - Universidad de la República, Uruguay ,

<sup>4</sup> Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina

### Introducción

La cápsula endoscópica (CE) es una herramienta cuya eficacia diagnóstica puede verse afectada por múltiples factores, como la preparación intestinal, aspectos técnicos, experiencia del revisor y calidad en la interpretación. Diversas sociedades científicas han establecido indicadores de calidad para garantizar su efectividad y seguridad. En América Latina, el uso de la CE ha ido en aumento, aunque existe escasa información sobre el cumplimiento de estos estándares, así como sobre los recursos, formación profesional y condiciones en las que se realiza el procedimiento.

**Objetivo:** Evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores de calidad en CE en América Latina.

**Métodos:** Se aplicó una encuesta en línea a gastroenterólogos con experiencia en CE. La recolección de datos se realizó del 10 al 30 de mayo de 2025.

**Resultados:** El 73% indicó emplear dieta líquida más 2l de polietilenglicol para la preparación intestinal previa, 67% usa simeticona y 80% no utiliza procinéticos. Sólo 67% solicita un consentimiento específico. Ante riesgo de retención, 57% usa previamente entero-TEM o RMN y sólo 23% cápsula patency. En hemorragia de intestino medio, 96%

realiza la CE dentro de las 48h. 74% emplea Real Viewer en todos los casos. La velocidad de lectura de la CE, en 66% es 10fps o menos, y 27% usa 15fps o menos. En la lectura, 77% utiliza SingleView y 21% DualView. 93% valora la calidad de la preparación en los estudios. Sino se visualiza ciego, el 96% espera y solicita radiografía a las 2 semanas; si se confirma retención, 41% espera eliminación espontánea, según la causa.

**Conclusión:** Existe un cumplimiento moderado de los indicadores de calidad en la práctica de CE en América Latina. Se recomienda optimizar el tiempo y la forma de lectura, promover el uso de la cápsula patency, del sistema Real Viewer y de un consentimiento informado específico.



## ¿Que rol juega el sobrecrecimiento bacteriano intestinal en la presencia de malabsorción de lactosa?

Christian Von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Glauben Lansdkron<sup>2</sup>, Ana Maria Madrid Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Los Andes

<sup>2</sup> Universidad de Chile



### Introducción

La malabsorción de lactosa (ML) es una patología frecuente a nivel mundial. Se ha observado una asociación entre esta patología y el sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI). Se postula que esto último puede ser causa secundaria de malabsorción de lactosa. El objetivo de este trabajo es determinar si la presencia de sobrecrecimiento bacteriano intestinal juega algún rol en generar ML y observar si su tratamiento logra mejorar total o parcial de ML.

**Métodos:** Estudio prospectivo. Para determinar ambas condiciones se realizó un estudio con un test de hidrógeno (H<sub>2</sub>) en aire espirado con 25 gramos de lactosa y test con 10 gramos de lactulosa, con técnica estandarizada por 180 min en días consecutivos. Se consideró SBI la presencia de una elevación temprana de la curva (primeros 60 min) sobre 20 ppm y ML la elevación sostenida de la curva de H<sub>2</sub>. El cuadro clínico y efectividad del tratamiento se evaluó utilizando un score de síntomas que incluyen: dolor, hinchazón, pesadez abdominal, diarrea y constipación, graduando intensidad (1-3) y frecuencia (1-3), en 3 tiempos: basal, inmediatamente después de terminar tratamiento y 15 días después. Los pacientes con SIBO recibieron como tratamiento con ciprofloxacino 500 mg. cada 12 horas por 10 días. En control a los 15 días se reevalúa la presencia de ML y SBI con nuevo test de H<sub>2</sub> con lactosa y lactulosa.

**Resultados:** Ingresaron 38 pacientes con un promedio edad de 46 años (rango de 16-74 años), 31 (81.6 %) mujeres, con diagnóstico de ML y SBI. Post tratamiento 7 pacientes (18%) revirtieron la condición de ML, 21 pacientes (55%) mejoraron el SBI y 17 pacientes no presentan cambios. Se observó caída significativa en el score de síntomas de  $20 \pm 8$  a  $11 \pm 10$  puntos, 15 días post tratamiento. Esta disminución de síntomas fue significativa en todos los grupos.

**Conclusión:** Los resultados sugieren una causalidad entre el SBI y ML. Esta última condición por tanto pudiera ser revertida con el uso de antibióticos, cuando es secundaria a la presencia de Sobrecrecimiento bacteriano intestinal.



## Efficacy of pharmacological treatment for the management of bleeding related to gastrointestinal angiodysplasias: a systematic review and meta-analysis

Juan Sebastián Peinado Acevedo<sup>1</sup>, Erick Licona V<sup>1</sup>, Diego F Rojas<sup>1</sup>, Sebastian F Niño<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CES University

<sup>2</sup> Instituto Gastroclínico. CES University



### Introduction

Gastrointestinal angiodysplasias (GIADs) are a common cause of chronic and recurrent gastrointestinal bleeding, particularly in the elderly. Although endoscopic and surgical therapies are available, bleeding often recurs, emphasizing the need for effective and accessible pharmacological options.

**Objectives:** To evaluate the efficacy and safety of thalidomide and somatostatin analogues (SSAs: octreotide, pasireotide) in GIAD-related bleeding. Trial registration: CRD42025635487.

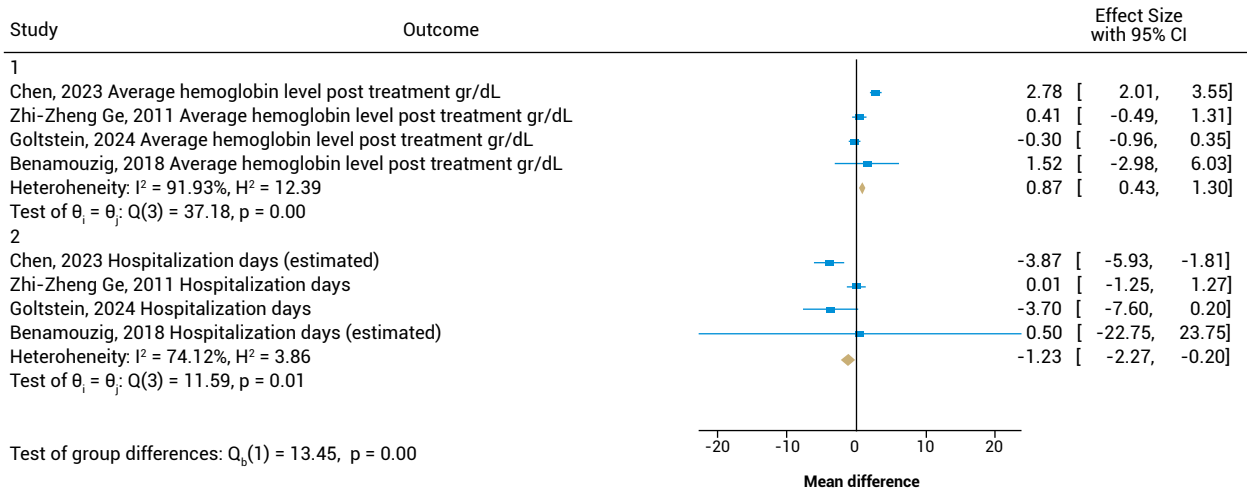
**Methods:** We conducted a systematic review of randomized controlled trials (RCTs) from PubMed, EMBASE, LILACS, and Scopus up to December

2024. Eligible studies compared thalidomide or SSAs with placebo or standard care in GIAD-related bleeding. Four RCTs (n = 289) were included: two on thalidomide (n = 205) and two on SSAs (n = 84). The primary outcome was mean post-treatment change in hemoglobin. Secondary outcomes included transfusion needs,  $\geq 50\%$  bleeding reduction, hospital stay duration, endoscopic procedure requirement, and adverse events.

**Results:** Active treatments significantly increased hemoglobin versus control (mean difference [MD] 0.87 g/dL; 95% CI, 0.43–1.30;  $p < 0.01$ ;  $I^2 = 91.9\%$ ). Thalidomide significantly improved hemoglobin and bleeding control: patients were more likely to achieve  $\geq 50\%$  reduction in bleeding episodes, needed fewer transfusions, and had fewer bleeding-related hospitalizations. SSAs showed modest hemoglobin gains and reduced hospital stay (MD  $-1.23$  days; 95% CI,  $-2.27$  to  $-0.20$ ;  $p = 0.01$ ;  $I^2 = 45\%$ ) but did not significantly reduce transfusion or endoscopy needs. Safety analysis showed no serious adverse events

with thalidomide, though overall adverse events were higher versus placebo (RR 1.36; 95% CI, 1.15–1.61;  $p < 0.01$ ;  $I^2 = 0\%$ ). SSAs were associated with increased non-serious (risk difference 0.32; 95% CI, 0.05–0.59;  $p = 0.02$ ;  $I^2 = 45\%$ ) and serious adverse events, particularly with pasireotide.

**Conclusions:** Thalidomide offers substantial efficacy in GIAD bleeding control under close monitoring. SSAs provide modest benefit. Larger, direct-comparison trials with longer follow-up are warranted.



## Análisis preliminar de concordancia entre cápsula endoscópica y enteroscopia de doble balón en hemorragia digestiva de intestino medio en un hospital de referencia, Lima 2023-2025

Ofelia Brisaida Castillo Contreras<sup>1</sup>, Jairo Luis Asencios Cusihualpa<sup>1</sup>, Suzanne Elizabeth Ayala Quintanilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Rebagliati/Essalud

### Introducción

La hemorragia digestiva de intestino medio (HDIM) comprende en la mayoría de los casos, la realización de video cápsula endoscópica (VCE) seguida de enteroscopia asistida por dispositivo en un centro de referencia de alta complejidad.

**Objetivo:** Evaluar el nivel de concordancia diagnóstica entre VCE y enteroscopia de doble balón (EDB) en pacientes con HDIM en un hospital de referencia en Lima.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y comparativo. Se calculó la concordancia entre VCE y EDB con el coeficiente de Kappa. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics versión 20.0 con valor  $p < 0,05$  significativo.

**Resultados:** En 30 pacientes (16 mujeres, edad promedio 61,8 años  $\pm$  15,53) con HDIM se realizaron VCE y luego EDB (21 anterógrada y 9 retrógrada). La mayoría (19/30, 63,3%) fueron HDIM manifiesto y el resto fueron HDIM oculto, con un valor de hemoglobina promedio de 7,7 g/dL  $\pm$  2,27. El tiempo entre la VCE y la ejecución de la EDB en HDIM manifiesto "reciente" fue 8 días (RIC 4-16,5); mientras que en HDIM manifiesto "antiguo" y HDIM oculto fueron 23 días (RIC 7,5-83,5) y 32 días (RIC 8-109) respectivamente. En 7 (23,3%) VCE con hallazgos positivos, no se encontraron lesiones en EDB y en 2 (6,7%) VCE negativas se obtuvieron hallazgos positivos en EDB. La concordancia entre VCE y EDB fue baja ( $\kappa=0,23$ ; [95% IC:  $-0,12-0,58$ ];  $p=0,17$ ). Si hubo concordancia moderada significativa según el tipo

de lesión ( $\kappa=0,55$ ; [95% IC: 0,34-0,76];  $p<0,001$ ) y ubicación ( $\kappa=0,47$ ; [95% IC: 0,22-0,72];  $p<0,001$ ).

**Conclusiones:** La VCE y EDB tuvieron una baja concordancia debido al tiempo de realización entre ambos exámenes, pero concordaron moderadamente según el tipo de lesión.

**Tabla 1.** Concordancia entre VCE y EDB según el tipo de lesión en VCE

VCE (n)	EDB [n (%)]
Normal (n = 5)	3/5 (60%)
Vascular (n = 8)	4/8 (50%)
Masa / pólipo (n = 8)	5/8 (62,5%)
Inflamatoria (n = 3)	3/3 (100%)
Úlcera / erosión (n = 4)	2/4 (50%)
Divertículo (n = 2)	2/2 (100%)





## Cápsula endoscópica en pacientes con enfermedad de crohn y hemorragia digestiva de intestino medio en un hospital de referencia en Lima, 2024-2025

Ofelia Brisaida Castillo Contreras<sup>1</sup>, Katia Pérez Bustillos<sup>1</sup>, Luis Alberto Cervera Caballero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Rebagliati/Essalud

### Introducción

La hemorragia digestiva de intestino medio (HDIM) es una complicación y forma de presentación inicial poco frecuente de la enfermedad de Crohn (EC), que plantea desafíos diagnósticos y el uso de nuevas tecnologías como la video cápsula endoscópica (VCE) y enteroscopia.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de pacientes con EC de presentación clínica inicial con HDIM y las lesiones encontradas en VCE.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de serie de casos de pacientes con sospecha de HDIM, con endoscopia alta y colonoscopia sin hallazgos relevantes, a quienes se les realizó VCE en un hospital de referencia en Lima entre enero del 2024 y 2025.

**Resultados:** Se registraron 56 pacientes con sospecha de HDIM manifiesto y oculto con VCE en el período de estudio, de ellos 3 (5,4%) tuvieron diagnóstico definitivo de EC. Un varón de 36 años y una mujer de 59 años, con episodios de melena, anemia microcítica hipocrómica (Hb 6,7 g/dL y Hb 6,2 g/dL), sin cuadro clínico obstructivo,

tuvieron VCE incompletas por estenosis ulceradas en íleon y yeyuno respectivamente. La cápsula fue expulsada espontáneamente en el primer caso (Lewis Score 2540) y extraída en el segundo caso con enteroscopia de doble balón (Lewis Score 3360). Las piezas quirúrgicas concluyeron EC. Otro paciente varón de 69 años con hematoquecia, anemia normocítica (Hb 10,7 g/dL) y colonoscopia normal, tuvo en VCE varias úlceras en íleon distal (Lewis Score 612), con biopsia por enteroscopia de doble balón retrógrada compatible con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Conclusiones:** La EC en un diagnóstico diferencial para tener en cuenta en pacientes con HDIM. Las úlceras y estenosis inflamatorias en intestino delgado son las lesiones descritas en VCE.

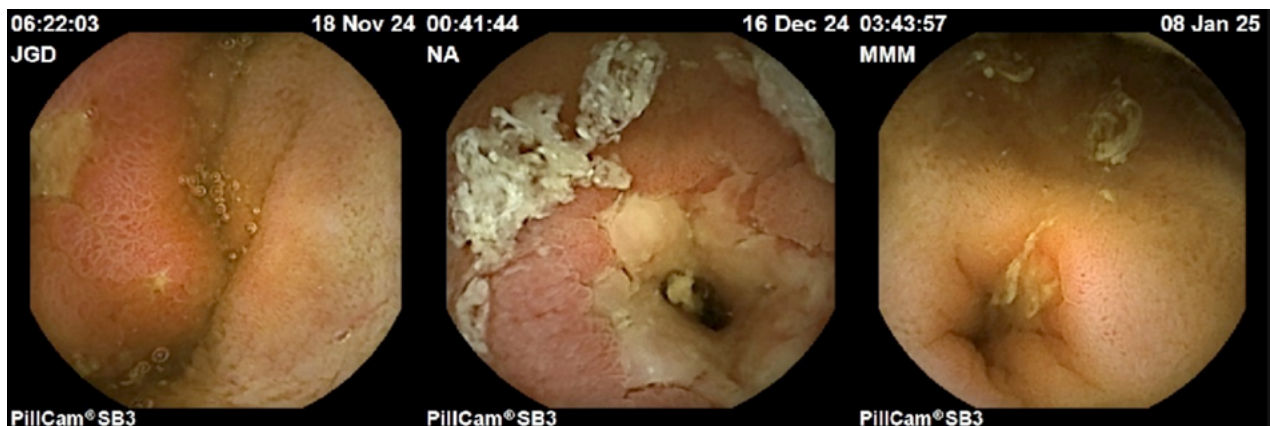


Figura 1. Úlceras en íleon (izquierda), estenosis ulcerada en yeyuno (centro) e íleon (derecha) por cápsula endoscópica en enfermedad de Crohn.



## Perfil de los gastroenterólogos que realizan estudios por cápsula endoscópica en América Latina - reporte preliminar

Hugo Cedrón Cheng<sup>1</sup>, Clara Luz Martínez<sup>2</sup>, Carlos Waldbaum<sup>3</sup>, Carolina Olano<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Clínica Anglo Americana, Perú

<sup>2</sup> Hospital San Angel Inn Universidad, México

<sup>3</sup> Hospital de Clínica José de San Martín, Argentina

<sup>4</sup> Clínica de Gastroenterología, Universidad de la República, Uruguay

### Introducción

La capacitación y acreditación internacional son esenciales para la correcta realización de procedimientos endoscópicos, incluida la cápsula endoscópica (CE). Sin embargo, en América Latina se carece de información sobre el perfil de los médicos que realizan esta práctica.

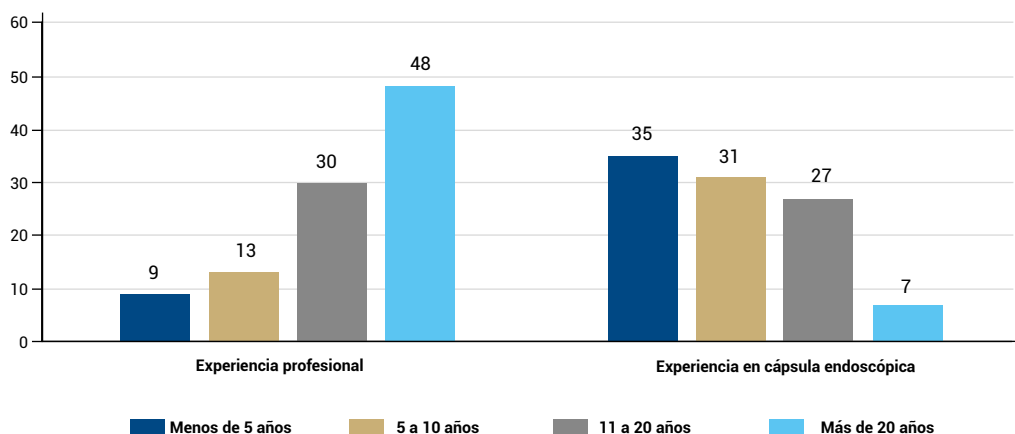
**Objetivo:** Determinar el perfil epidemiológico de los gastroenterólogos que realizan CE en América Latina, así como su nivel de formación.

**Métodos:** Se realizó una encuesta en línea, del 10 al 30 de mayo de 2025, a gastroenterólogos miembros de grupos de interés en intestino delgado. Se recolectaron datos demográficos y sobre formación profesional, excluyéndose a quienes no otorgaron consentimiento informado.

**Resultados:** Se analizaron 100 encuestas válidas. La edad promedio fue 50,16 +/- 9.7 años (31-75); 51% eran mujeres. La distribución por países fue Argentina (24%), Perú (16%), Brasil (12%), Colombia (10%), México (9%), entre otros. El 48% de gastroenterólogos trabaja solo en el sector privado, 4% sólo en el público y 48%, en ambos. 78% de los

gastroenterólogos tienen más de 10 años de experiencia profesional, sin embargo 66% tiene menos de 10 años realizando estudios de CE. En cuanto al número de CE por mes, 81 % realizan menos de 5 CE al mes de ellos, 30%, una o menos. 45% de los gastroenterólogos que hace CE también realiza enteroscopia, de ellos, 53.3% doble balón, 35.6% simple balón y 11.1% ambas. 88 % de los gastroenterólogos recibió algún tipo de formación en CE, solo 66% realizaron cursos en centros acreditados; 12 % no tuvo formación específica.

**Conclusión:** A pesar de los 25 años de desarrollo de la cápsula endoscópica y del creciente número de profesionales que realizan este procedimiento en la región, persisten brechas significativas en la formación acreditada y en su inclusión dentro de los programas formales de especialización en América Latina.



**Figura 1.** Distribución de los gastroenterólogos que realizan CE en América Latina: A) Según años de experiencia profesional como gastroenterólogos. B) Según años de experiencia realizando estudios de cápsula endoscópica.



## Rendimiento de la videocápsula endoscópica como método diagnóstico en sospecha de hemorragia de intestino delgado en un hospital nacional del Perú

Rossana Andrea Franco Vásquez<sup>1</sup>, Vania Patricia Arca Gutierrez<sup>1</sup>, Cindy Pamela Mori Fernández<sup>1</sup>, Sthepanie Beatriz Gómez Chalco<sup>1</sup>, Sandra Díaz Villalobos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital María Auxiliadora

### Introducción

La hemorragia de intestino delgado (HID) representa entre el 5 % y el 10 % de todos los casos de sangrado gastrointestinal. La VCE nos permite la evaluación no invasiva del intestino delgado, por lo que es la primera prueba que se debe considerar cuando se sospecha de HID y así establecer un diagnóstico temprano.

**Objetivos:** Determinar el rendimiento diagnóstico de la VCE en pacientes con hemorragia de intestino delgado en nuestra población y evaluar los hallazgos laboratoriales y las características clínicas como factores predictores de la hemorragia.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico, en el Hospital María Auxiliadora desde 2021 - 2024. Se incluyeron pacientes que presentaron sospecha de hemorragia de intestino delgado de tipo evidente y oculta a los que se les indicó la realización de VCE. Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio para evaluar su valor predictivo a través de un modelo de regresión, se halló la tasa de identificación de hemorragias de intestino delgado por la VCE.

**Resultados:** Se realizó VCE a 50 pacientes, de los cuales la VCE identificó el origen de la hemorragia del intestino delgado (lesiones P2) en 48.9% de los casos. Las lesiones patológicas encontradas en la VCE en los casos de hemorragia de intestino delgado más frecuentes fueron: angiodisplasias (18,9%) y úlceras (18,9%). Las lesiones patológicas se manifestaron como sangrados evidentes en el 60% y ocultas en 40%. No se encontraron variables predictoras significativas. No se presentaron complicaciones asociadas a VCE.

**Conclusiones:** La VCE resultó ser útil con un rendimiento diagnóstico del 48.9%, seguro y no invasivo. Consideramos que la VCE debe incluirse en el abordaje temprano de los pacientes con HID.

