ENDOSCOPIA

VOLUMEN 35 - SUPLEMENTO 3 / Octubre 2023 – ISSN: 0188-9893 www.endoscopia-ameg.com

Suplemento Endoscopia 2023

Semana Panamericana de Enfermedades Digestivas



Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas, A.C.

PERMANYER
www.permanyer.com

ISSN: 0188-9893
eISSN: 2444-6483

ENDOSCOPIA

www.endoscopia-ameg.com

Revista Endoscopia is indexed in:
SCIELO-CENIDS-BIREME-LILACS-CICH, UNAM-BIBLIOMEX SALUD ARTEMISA

EDITORES EN JEFE

Dr. Mario César Pelaez Luna
Departamento de Gastroenterología
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

Dr. Enrique Murcio-Pérez
Departamento de Endoscopia Gastrointestinal
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS
Ciudad de México, México

COEDITORES

Dr. José Alberto González-González
Departamento de Gastroenterología
Hospital Universitario,
Monterrey, Nuevo León, México

Dra. Adriana Fabiola Romano Munive
Departamento de Endoscopia Gastrointestinal,
Médica Sur,
Ciudad de México, México

EDITORES FUNDADORES

Dr. Antonio De la Torre Bravo

Dr. Manuel Marañón Sepúlveda

COMITÉ EDITORIAL

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dr. Rafael Barreto Zúñiga
Departamento de Endoscopia Gastrointestinal
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Ciudad de México, México

Dr. Jorge García Leiva
Hospital General
San Luis Potosí, México

Dr. José de Jesús Herrera Esquivel
Instituto de Enfermedades Digestivas
Morelia, Michoacán, México

Dr. Salvador Herrera Gómez
Departamento de Endoscopia Gastrointestinal
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Ciudad de México, México

Dr. Aurelio López Colombo
Coordinación Delegacional de Investigación en Salud
Delegación estatal del IMSS en Puebla
Puebla, México

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna
Departamento de Endoscopia Gastrointestinal
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Ciudad de México, México

Dra. Fabiola Romano Munive
Departamento de Endoscopia Gastrointestinal
Práctica Privada
Ciudad de México, México

Dra. Nancy Aguilar Olivos
Departamento de Endoscopia Gastrointestinal
Hospital Fundación Clínica Médica Sur
Ciudad de México, México

Dr. José María Remes Troche
Universidad de Veracruz, Veracruz
Ciudad de México, México

Dr. Juan Carlos López Alvarenga
Editor Metodología y Estadística, UNAM
Ciudad de México, México

Dr. Jesús Alberto Camacho Escobedo
Hospital General de Mexicali
Baja California Norte, México

Dr. Fredy Chablé Montero
Departamento de Patología
Fundación Clínica Médica Sur
Ciudad de México, México

Dr. Antonio Sosa Lozano
Editor de Radiologia e Imagen
Froedtert Memorial Lutheran Hospital
Medical College of Wisconsin

Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas, A.C.

PERMANYER
www.permanyer.com

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Gastroenterólogo, Endoscopista, Jefe de la División de Enseñanza e Investigación Hospital Ángeles Acoxpa Ciudad de México, México

Dr. Guido Grajales Figueroa
Departamento de Endoscopia, Gastrointestinal Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán Ciudad de México, México

Dr. Luis Eduardo Zamora Nava
Departamento de Endoscopia Gastrointestinal Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán Ciudad de México, México

Dra. Yolanda Cortés Aguilar
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Hospital Valentín Gómez Farías, ISSSTE Zapopan, Jalisco, México

Dr. Francisco Valdovinos Andraca
Departamento de Endoscopia Gastrointestinal Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán Ciudad de México, México

Dra. Karina Olvera Obregón
Centro Médico ABC Ciudad de México, México

Dr. Gustavo López Arce Ángeles
Departamento de Endoscopia, Hospital Juárez Ciudad de México, México

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dr. Everson Artifón
Division of Gastrointestinal Endoscopy University of São Paulo Medical School São Paulo, Brazil

Dr. Josué Barahona-Garrido
Head of the Unit of Gastroenterology and Digestive, Endoscopy Hospital Las Américas Guatemala City, Guatemala

Dr. Eduardo Fenocchi
Digestive Cancer Center National Cancer Institute Montevideo, Uruguay

Dr. Marc Giovannini
Department of Gastroenterology Paoli-Calmette Institute Marsella, Francia

Dr. Michel Kahaleh
Division of Gastroenterology and Hepatology Weill Cornell Medical College New York,United States

Dr. Fauze Maluf
Division of Gastrointestinal Endoscopy University of São Paulo Medical School São Paulo, Brazil

Dr. John Ospina Nieto
Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia

Dr. Carlos Robles Medranda
Department of Endoscopy Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas University Hospital Omni Guayaquil, Ecuador

Dr. Leonardo Sosa Valencia
Centro de Investigaciones, Tecnológicas, Ecoendoscópicas (CITÉ) Caracas, Venezuela

Dr. Todd Baron
Division of Gastroenterology and Hepatology University of North Carolina School of Medicine Chapel Hill, United States

Dr. Luis Caro
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDyT) Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina

Dr. Jorge Landaeta
Servicio de Gastroenterología Hospital Vargas de Caracas Universidad Central de Venezuela Caracas, Venezuela

Dr. Miguel Muñoz Navas
Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (Idisna) Clínica Universidad de Navarra Pamplona, Spain

Dr. Isaac Raijman
Digestive Associates of Houston Houston, Texas, Estados Unidos

Dr. Roque Sáenz
Latin American WGO and OMGE Gastrointestinal, Endoscopy Advanced Training Center Clínica Alemana-Olympus-Universidad del Desarrollo Santiago de Chile, Chile

Dr. Sergio Zepeda Gómez
Division of Gastroenterology University of Alberta Hospital Edmonton Alberta, Canada

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.

PERMANYER
www.permanyer.com

© 2023 Permanyer
Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España – permanyer@permanyer.com

© 2023 Permanyer México
Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo – 11560 Ciudad de México
Tel.: +52 55 2728 5183 – mexico@permanyer.com

www.permanyer.com

ISSN: 0188-9893
Ref.: 7980AX231

© 2023 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Publicación open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Reproducciones con fines comerciales:
Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo para fines comerciales.

PERMANYER

Check for updates

Incidental gallbladder carcinoma in patients submitted to emergency cholecystectomy

EPSTEIN M, Garbato G, Dall'Alba A, Maccapani G

Hospital Albert Einstein, São Paulo, Brasil

Introduction: Gallbladder cancer is a rare disease and represents the most common malignant neoplasia of the biliary tree and the seventh most frequent in the gastrointestinal tract. The incidental gallbladder carcinoma is found in about 1 to 2% of the cases.

Objective: The purpose of this study is to appraise the incidence of incidental gallbladder cancer in patients submitted to cholecystectomy due to acute cholecystitis.

Methods: The patients' charts as well as the anatomopathological specimens were analyzed. 515 urgent cholecystectomies performed with diagnostic hypotheses of acute cholecystitis, between September 2015 and March 2019 at the Hospital, were appraised retrospectively.

Results: After analysis of the specimens, the authors identified 7 cases of incidental gallbladder carcinoma. The age of the patients who came up with incidental carcinoma was statistically higher than those without the malignant disease ($p < 0.05$). The incidence of this neoplasia increases with age, namely higher for patients over 60 years old (3.75%).

Conclusion: Considering this fact, in the emergency setting, the suspicion of incidental gallbladder cancer must always be considered, especially when a meticulous appraisal is not always possible, and the distinction between an inflammatory or a tumoral thickening is, therefore, very difficult to be done.

Tasa de erradicación de Helicobacter pylori utilizando terapia cuádruple concomitante con bismuto durante 10 dias (trylori) entre junio 2022 y mayo 2023 en una localidad de la provincia de Buenos Aires (Argentina)

Calcagno R, Calcagno V, Barsi B, Arisio Villena S, Frias S

Centro Medico Sala Salud, Caba, Argentina

Introduccion: El Helicobacter Pylori (HP) es un bacilo gramm negativo que infecta alrededor del 50% de la población mundial y es reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un Carcinogeno tipo I. El aumento de la resistencia a los antibióticos ha transformando la erradicación del HP un escenario complejo si se busca esquemas que cuenten con una tasa de erradicación mayor al 90%.

Objetivos: El objetivo primario es describir la tasa de erradicación del HP con el esquema cuádruple concomitante con bismuto disponible recientemente en argentina, Subcitrato de bismuto potasico 140mg + metronidazol 125mg + Clorhidrato de Tetraciclina 125mg (TRYLORI) en 4 tomas diarias durante 10 dias usado en primera linea en pacientes estudiados en el centro medico sala salud en la provincia de Buenos Aires, Argentina.

Materiales y metodos: Se revisaron las historias clínicas de 50 pacientes a los que se les realizo test de aire espirado para detección de Urea marcada con c14 para evaluar erradicacion de HP usando Trylori.

Resultados: De los 46 pacientes que lo utilizaron como primera linea, TODOS lograron la erradicacion (100%) mientras que de los de segunda linea 3 de los 4 pacientes erradicaron con el esquema en estudio. En cuanto a la adherencia, solo 1 paciente mostro intolerancia por lo que tuvo que suspender el tratamiento a los 7 dias, logrando igualmente erradicar la infeccion.

Conclusiones: Los hallazgos del trabajo coinciden con lo expuesto en la literatura acorde a la resistencia local a los antibióticos la terapia cuádruple concomitante con bismuto por 10 dias se logran tasas de erradicación cercanas al 100% con una muy buena adherencia.

Lesión renal aguda como predictor independiente de mortalidad en pacientes con falla hepática aguda en crónico

MOREIRA J

Hospital Madre Teresa - Ieced, Portoviejo, Ecuador

Introducción: La falla hepática aguda en crónico (ACLF) es una descompensación aguda en pacientes con enfermedad hepática crónica con presencia de ictericia y elevación del INR, junto con al menos la falla de un órgano extrahepático. CANONIC desarrollo un puntaje que clasifica el grado de ACLF, siendo de utilidad pronóstica de mortalidad a 28 días que va desde 33% ACLF-1, 35% ACLF-2, 74% ACLF-3. Una publicación de M. Thamara P.R. Perera sobre predictores mortalidad a 28 días concluyeron que el puntaje MELD >26, ACLF-3 al ingreso y el requerimiento de terapia de reemplazo renal fueron factores predictivos independientes para la mortalidad. Por lo que consideramos relevante identificar en nuestra población que pacientes tienen peor pronóstico ante esta condición.

Objetivo: Determinar qué factores predicen mortalidad a 28 días en pacientes con ACLF en el hospital Juárez de México.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de ACLF de acuerdo con criterios de las asociaciones europeas y americanas para el estudio de la enfermedad hepática, se revisaron expedientes de enero a diciembre 2019, se identificó que factores predicen mortalidad en los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: En nuestro estudio se recolecto 58 pacientes que cumplían criterios de ACLF durante el 2019. Se realizó un análisis multivariado por método de regresión de Cox se analizó grado de ACLF, puntaje CLIF-C, edad, sexo, infección, sangrado digestivo, lesión renal aguda (LRA). La LRA es la única variable que tiene repercusión en la supervivencia (p= 0.017). Se realizó curva de supervivencia por el método de Kaplan-Meier en los pacientes con LRA reportando supervivencia a 28 días del 25%.

Conclusiones: Se demostró que en esta población de pacientes la LRA durante la admisión fue un predictor significativo de mortalidad.

Ultrasonografía endoscópica con biopsia transesofágica para lesiones mediastinales de diferentes características

Ferreira E[1], Serrano M[2], Tovar G[3], Bolivar I[4], Gaona D[4]

[1]Gastrocal, Hospital Regional Manuela Beltran, Bucaramanga, Colombia; [2]Hospital Universitario de Santander, Uis, Bucaramanga, Colombia; [3]Gastrocal, Bucaramanga, Colombia [4]Laboratorio de Patología Isabel Bolivar, Foscal Internacional, Bucaramanga, Colombia

Introducción: La ultrasonografía endoscópica se ha destacado en la última década, en el diagnóstico de lesiones mediastinales, llegando incluso a ser el método de elección, o una herramienta aliada.

Objetivos: 1. Describir tres casos de endosonografía con biopsia transesofágica para diagnóstico de lesión mediastinal. 2. Describir la técnica endosonográfica y de punción/biopsia.

Métodos: Técnica: bajo sedación profunda con cefazolina profiláctica. Se utilizó equipo Pentax, procesador Nublius, primero sonda radial, evaluando estaciones y la lesión. Luego sonda lineal, doppler para excluir estructuras vasculares, se realizó punción/biopsia. Se utilizó aguja 22G o 19G, técnica "wet suction" y "fanning". Material se extendió en improntas para citología, y cilindros a histopatología. Observación 2 horas y egreso sin complicaciones.

Casos clínicos: 1. Masculino, 71 años, cáncer de pulmón tratado, 6 meses dolor retroesternal y PETScan nódulo subcarinal de 30 x 20 mm. Endosonografía esofágica lesión heterogénea, de 32 x 23 mm, subcarinal, retrocardíaca. Punción/ biopsia con aguja 22G, material para citología e histopatología. Diagnóstico: compromiso por adenocarcinoma originado en pulmón. 2. Masculino, 67 años, 6 meses de tratamiento linfoma retroperitoneal, PETScan lesión mediastino posterior de 18 mm. Endosonografía esofágica lesión heterogénea, de 17 x 12 mm, retrocardíaca. Punción/biopsia transesofágica con aguja 19G, material para citopatología. Diagnóstico: grupos celulares con marcada atipia sugestivas de malignidad. 3. Masculino, 73 años, disfagia y compresión extrínseca esófago medio. TAC tórax: masa esofágica que comprime tercio proximal. Endosonografía con lesión mediastinal desde unión de tercio proximal con me dio del esófago, de 55 x 40 mm, heterogénea. Punción/ biopsia, muestra a citología e histopatología. Diagnóstico: leiomiosarcoma.

Conclusiones: la endosonografía para estudio de lesiones mediastinales, es un método con mínima morbilidad sin necesidad de anestesia general a diferencia de otros. Permite caracterizar lesiones, describir su relación con estructuras vecinas en caso de plan quirúrgico, y obtención de muestras de biopsia adecuadas.

***Correspondencia:**
Ma. Victoria Rendón-Camarillo
E-mail: victoriarendoncamarillo@gmail.com

Fecha de recepción: 13-09-2023
Fecha de aceptación: 14-09-2023
DOI: 10.24875/END.M23000455

Disponible en internet: 13-11-2023
Endoscopia. 2022;35(3)1-11
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2023. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Ensayo clínico abierto que investiga el efecto de *Bifidobacterium Longum* 35624™ en síntomas gastrointestinales e impacto en la vida diaria en niños con trastornos gastrointestinales funcionales

Cruchet S.[1], Verbeke S.[2], Espinosa L.[3], Malig J.[4]

[1]Universidad de Chile; [2]Universidad Santo Tomás; [3]Hospital Militar; [4]Red Salud Vitacura. Santiago, Chile

Introducción: Los probióticos específicos muestran beneficios en el manejo de síntomas de trastornos funcionales gastrointestinales (TFGI), incluidos síndrome de intestino irritable (SII). Los ensayos clínicos han mostrado que Bifidobacterium longum 35624™ puede mejorar los síntomas gastrointestinales en adultos con SII. Si bien esta cepa se utiliza en niños y adolescentes en la práctica clínica, datos publicados en poblaciones pediátricas en América Latina son limitadas.

Objetivo: Evaluar el efecto de Bifidobacterium longum 35624 sobre frecuencia y severidad de dolor abdominal, gravedad de distensión abdominal, satisfacción del hábito intestinal e interferencia con la actividad diaria en niños con TFGI.

Pacientes y métodos: ensayo clínico abierto, incluyendo 65 niños entre 8 y 18 años (edad media: 11,79±3,63), residente en Santiago y Coyhaique, Chile, presentando DFG (criterios de Roma IV) con anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomisio negativos. Los participantes recibieron un suplemento con la cepa 35624 (una cápsula diaria con 1 x 10^9 UFC) durante 12 semanas. Se completó escala de dolor adaptada IBS-SSS midiendo frecuencia (días de la semana) y gravedad del dolor abdominal, distensión abdominal, interferencia con actividad diaria y satisfacción con hábitos intestinales al inicio del estudio, Semana 6, Semana 12 y Semana 14. Los resultados se informaron como medianas en población por protocolo (Análisis de varianza de medidas repetidas unidireccionales de Friedman).

Resultados: 58 niños (38/58 mujeres) completaron el ensayo (1 exclusión, 6 *dropout*) Después de la suplementación con la cepa 35624, se observaron reducciones significativas desde el inicio en la población por protocolo en medianas de frecuencia (Fig 1) y gravedad del dolor abdominal, distensión abdominal e impacto en la actividad diaria para cada visita (p<0,001). La satisfacción con el hábito intestinal aumentó significativamente desde el inicio (p<0,001).

Conclusión: La administración de *Bifidobacterium longum* 35624™ puede mejorar significativamente síntomas gastrointestinales y posiblemente su impacto en la vida diaria en niños con TFGI.

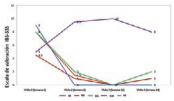


Figura 1. Medianas del IBS-SSS para gravedad e intensidad del dolor abdominal (ID), frecuencia del dolor abdominal (FD), distensión abdominal (DA), satisfacción del hábito intestinal (SHI), impacto en las actividades diarias (IA), antes, durante y después de 35624™ suplementación en la población por protocolo. *p < 0.001.

Encuesta piloto para evidenciar los cambios observados por especialistas en el perfil de alergenos en las alergias alimentarias diagnosticadas en los últimos años

Verbeke S[1], Cruchet S[2], Carrasco J[1], Huenupán C[3]

[1]Universidad Santo Tomás; [2]Universidad de Chile; [3]Universidad Santo Tomas. Santiago, Chile

Introducción: En los últimos años se ha reportado un aumento en la sensibilización y frecuencia de aparición de alergias alimentarias (AA), junto con la percepción de cambio en el perfil conocido como "alérgenos frecuentes". Esto podría relacionarse con alérgenos ocultos, globalización alimentaria (exportación y consumo de alimentos "extravagantes" en viajes), diferencias en hábitos alimentarios por región geográfica, contaminación ambiental y teoría de la higiene.

Objetivo: conocer, a través de una encuesta, la opinión de los especialistas pediatras en relación a los cambios en el perfil de alergenos de las AA en los últimos años, en Latinoamérica.

Métodos: encuesta anónima, con preguntas abiertas y cerradas, confeccionada en plataforma para este fin. Se envió un enlace a todos los integrantes de LASPGHAN. Se realizó el análisis a través de la misma plataforma y de manera externa.

Resultados: Respondieron 129 profesionales de 19 países de Latinoamérica: pediatras 96,1% (y atención población mixta 3,9%). Las subespecialidades de los participantes fueron: gastroenterólogos (67,4%), nutriólogos (13,5%) y otras especialidades (19,1%). El 68,2% respondió afirmativamente a que "había notado cambio, aumento o aparición de nuevos alergenos" en sus pacientes con AA. La Figura 1 resume las respuestas para alergenos menos frecuentes con aumento en los últimos 5 años. Además, al consultar si habían diagnosticado AA para alergenos específicos, en al menos 2 o más pacientes en los últimos 5 años, las respuestas fueron afirmativas para Crustáceos y tomate (>20% de los participantes), Durazno (12,2%), cerdo (9,1%) y palta (4,1%).

Conclusiones: Estos resultados preliminares apoyan la necesidad de confección y validación de una encuesta formal para cada país y posterior mega reporte en Latinoamérica, identificando los nuevos alergenos (emergentes) o cambios en el orden de los considerados frecuentes. Además, permitiría una revisión de normativas locales, por la necesidad de advertencia de presencia en los etiquetados de los alimentos.

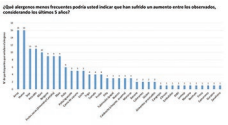


Figura 1. En ele eje inferior de esta gráfica se detallan los alergenos menos frecuentes que los participantes consideraron haber sufrido un aumento en los últimos 5 años. Las barras indican la cantidad de participantes que coincidieron al indicar cada alergeno, ya que esta era una pregunta abierta. Más de 4 participantes indicaron al arroz, pescado, maís, pollo, palta/aguacate/ y/o tomate con alergenos en un aumento.

Sobrevida post instalación de gastrostomía: experiencia de un centro terciario

Arenas A[1], Araya F[2], Naser R[2], Ruedi D[3], Walsen G[1], San Martín D[4]

[1]Hospital Sótero Del Río/ Clínica Alemana, Santiago; [2]Hospital Sótero Del Río, Santiago; [3]Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo, Santiago; [4]Hospital Las Higueras, Concepción. Chile

Introducción: La Gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es uno de los métodos de elección para brindar alimentación enteral a pacientes que ven afectada su capacidad de nutrición por vía oral. Existe escasa evidencia respecto a la sobrevida post GEP, estudios describen un 40% al año y 19% a los 3 años.

Objetivos: Nuestro objetivo principal es evaluar la sobrevida a largo plazo y cuáles serían las principales variables que podrían influir, en una cohorte de pacientes con GEP.

Metodología: Estudio retrospectivo de pacientes con GEP en el Hospital Sótero del Río, 2013 - 2020. Se evaluaron datos demográficos, indicación de la GEP y tiempo transcurrido desde la instalación hasta el fallecimiento, en los casos correspondientes. Las indicaciones fueron clasificadas en cuatro grandes grupos: Neoplasia, Demencia, Accidente Cerebrovascular (ACV) y Otras causas neurológicas. Se trazaron curvas de Kaplan-Meier para representar la supervivencia y se utilizaron pruebas de log-rank test.

Resultados: 635 pacientes, 53,5% sexo masculino, mediana de edad 69 años (RIQ 55 – 79). Dentro las indicaciones: Neoplasia (11,8%), Demencia (9,8%), ACV (58,4%) y Otras causas neurológicas (20,0%). La tasa de sobrevida global fue del 36%, siendo al año 50,23 % y a los 5 años 3,94%; con una mediana de sobrevida de 12 meses (RIQ 4-28). Según diagnóstico previo, el grupo Otras causas neurológicos tuvo una diferencia significativa en sobrevida (p<0.001), con una mediana de 16 meses (RIQ 4-35). En el análisis multivariado no hubo factores pronósticos significativos.

Conclusiones: La GEP es una técnica invasiva donde su instalación depende a múltiples variables clínicas y de pronóstico. Nuestro trabajo demostró una tasa de supervivencia acorde con la literatura, donde los factores como la edad y el tipo de enfermedad son relevantes a considerar. Estudios prospectivos multicéntricos son necesarios para el análisis de otras variables que puedan influir en el pronóstico.

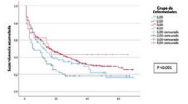


Figura 1. Sobrevida según diagnóstico previo a GEP. 1. Neoplasia. 2. Demencia. 3. ACV (accidente cerebrovascular). 4. Otras causas neurológicas.

Oral lactulose is superior to polyethylene glycol for colonoscopy bowel preparation

Aliaga J[1], Arantes V[2], Carvalho D[3]

[1]Hospital "Jose Agurto Tello - Chosica"; Hospital Nacional "Arzobispo Loayza", Lima, Perú; [2] Unidad De Endoscopia Instituto Alfa De Gastroenterologia; Hospital Mater Dei Contorno, Belo Horizonte, Brasil; [3]Unidad De Endoscopia Instituto Alfa De Gastroenterologia, Belo Horizonte, Brasil

Introduction: Bowel preparation is critical for colonoscopy quality. Polyethylene glycol (PEG) is considered the gold standard for bowel preparation, however the need for high volumes impairs patient's tolerance. Lactulose has emerged as a new alternative for colonoscopy preparation.

Aims: This study aimed to investigate the efficacy-safety profile of a lactulose-based colonoscopy bowel preparation in comparison to PEG. Research question: Is the bowel preparation for colonoscopy based on oral lactulose superior to the traditional scheme with polyethylene glycol?

Methods: Prospective non-blinded comparative study, developed in two tertiary centers from July 2021 to April 2023. Outpatients undergoing colonoscopy were randomly divided into 2 groups: Group 1 (111 patients): Polyethylene glycol and Group 2 (111 patients): Oral lactulose. The bowel preparation scheme based on oral lactulose was performed as follows: 200 ml of lactulose diluted in 600 ml of water with 15 ml of simethicone ingested 6 hours before the procedure (in a single dose). The following clinical outcomes were assessed for each group: degree of bowel clearance using the Boston Score, colorectal polyp detection rate, adenoma detection rate, tolerability, and adverse events.

Results: The rate of inadequate bowel preparation was 8.1% and 1.8% for the PEG and oral Lactulose groups respectively (p = 0.030). The Boston score for entire colon was 7.34 ± 1.17 and 8.36 ± 1.09 for the PEG and oral Lactulose groups respectively (p = 0.000). The adenoma detection rate was 44.1% and 59.4% for the PEG and oral Lactulose groups respectively (p = 0.022). The satisfactory overall experience rate

was 27.9% and 62.1% for the PEG and oral Lactulose groups respectively (p = 0.000).
Conclusions: In this prospective study the bowel preparation with oral lactulose was superior to PEG as regards to colon cleansing, adenoma detection rate, tolerance and patient's overall experience with statistically significant results.

Comparative efficacy-safety profile outcomes

	PEG (n= 111)	Lactulose (n=111)	*p* value
Average age (range)	58.0 (18-83)	57.9 (20-87)	0.937
Male (%), Female (%)	35 (31.5%), 76 (68.4%)	37 (33.3%), 74 (66.6%)	0.626
Polyp, n (%)	84 (77.4%)	91 (81.9%)	0.404
Adenoma detection rate, n (%)	49 (44.1%)	66 (59.4%)	0.022
Inadequate bowel preparation	9 (8.1%)	2 (1.8%)	0.030
Colon cleansing efficacy (Boston score)			
Right colon	2.29 ± 0.57	2.76 ± 0.46	0.000
Transverse colon	2.37 ± 0.45	2.83 ± 0.37	0.069
Left colon	2.27 ± 0.31	2.73 ± 0.45	0.000
Entire colon	7.34 ± 1.17	8.36 ± 1.09	0.000
Adverse events and tolerability			
Nausea	44 (39.6%)	35 (31.5%)	0.207
Vomiting	7 (6.3%)	17 (15.3%)	0.031
Abdominal pain	29 (26.1%)	0 (0%)	0.000
Bloating	33 (29.7%)	0 (0%)	0.000
Disagreeable flavor	51 (45.9%)	4 (3.6%)	0.000
Excessive volume perception	78 (70.2%)	0 (0%)	0.000
Difficulty in taking the preparation	43 (38.7%)	16 (14.4%)	0.000
Satisfactory overall experience	31 (27.9%)	69 (62.1%)	0.000

Análisis clínico – epidemiológico de las estenosis biliares post trasplante hepático ortotópico en una cohorte centroamericana

Vásquez F[1], Coste P[2], Ochoa A[2], Carvajal A[1], Mondragón D[1], López V[2], Araya S[2], Mora I[2], Avendaño G[2], Villalobos A[2]

[1]Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica; [2]Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. San José, Costa Rica

Introducción: Las complicaciones biliares después del trasplante hepático ortotópico (THO) se reportan entre un 10% al 40% de los pacientes, de estas, las estenosis biliares (EBPTH) son las de mayor incidencia (4-20%) y representan una causa importante de pérdida funcional del injerto.

Objetivo: Analizar el perfil clínico y epidemiológico de las EBPTH en una cohorte centroamericana.

Método: Estudio retrospectivo, observacional de una cohorte de pacientes con THO de un centro especializado.

Resultados: Del 2009 al 2022 se trasplantaron 79 pacientes y 13 (16%) presentaron EBPTH, todas de tipo anastomótico. La mediana de edad al momento del THO fue de 53 años (rango 23-67 años), 69% fueron género masculino y la mediana temporal del diagnóstico fue de 5.5 meses post THO (rango 1-70 meses). La mediana del MELD pre THO fue de 27 (rango 15-39) y 23% tuvo el antecedente de trombosis de la arteria hepática post THO. Clínicamente, 4 pacientes (31%) debutaron como colangitis aguda y 9 (69%) como una alteración analítica asintomática con evidencia radiológica de estenosis (5 diagnosticadas por ultrasonido y 4 por resonancia magnética). Todos fueron sometidos a CPRE, en el 100% se corroboró el diagnóstico mediante colangiograma y 92% se manejó mediante protocolos endoscópicos; sólo el 8% requirió tratamiento quirúgico combinado.

Conclusiones: La incidencia de EBPTH en la presente cohorte centroamericana (16%) es acorde a la reportada por la literatura. El género masculino, el antecedente de trombosis de la arteria hepática y el debut como colangitis aguda fueron factores epidemiológicos y clínicos relevantes. Los protocolos endoscópicos lograron la resolución en el 92% de los casos.

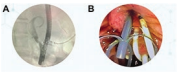


Figura 1. A: colangiograma que evidencia estrechez anastomotica parcialmente tratada con prótesis bibliares plásticas. B: imagen endoscópica de colocación de prótesis biliar plástica (protocolo de tratamiento endoscópico).

Consultas por dolor abdominal en pacientes pediatricos en una institucion privada de la cuidad autonoma de buenos aires durante la pandemia COVID-19

Di Pietro C[1], Del Compare M[2]

[1]Sanatorio Mater Dei, Capital Federal; [2]Hospital Pediatrico Federico Falcon. Buenos Aires, Argentina

Introducción: El dolor abdominal(DA) es una patología de alta prevalencia siendo el 95% de tipo funcional. Los trastornos gastrointestinales funcionales(TGIF) presentan una combinación de alteraciones en la motilidad, sensibilidad visceral, inmunidad mucosa, microbiota intestinal y procesamiento del SNC. La función intestinal alterada (disfunción de eje cerebro-intestino) implica cambios en el procesamiento central de la señal de dolor, con hipersensibilidad visceral y desregulación inmune-mucosa-microbiota.

Objetivos: Contrastar la prevalencia de consultas de DA en población pediátrica entre 20/3/2020-19/03/2021 (confinamiento) y 20/3/2019-19/3/2020 (prepandemia); describir características epidemiológicas.

Métodos: Estudio observacional transversal analítico. Se tomaron criterios de inclusión: consultas en guardia de pacientes entre 4-16 años; criterios de excluyeron patologías quirúrgicas o fiebre. Se midieron variable de resultado principal: consultas por DA; variables epidemiológicas: edad, sexo, síntomas asociados, estudios complementarios.

Resultados: Se registraron 40819 consultas, 32404 pertenecieron a prepandemia y 8415 pandémico. 495 cumplieron con los criterios de elegibilidad (1,21%); 1,05% (n = 341) fueron en el año prepandemia y 1,83% (n=154) de pandemia, mostrando un aumento en la frecuencia de consultas en el 2020. La media de edad: 10,3 años con un Desvío Estándar de 3,7. 94% de las consultas en pandemia cumplían con criterios de DA, el 6% restante presentaba causa fisiopatológica. 74% no presentaron síntomas asociados. 28% se les solicitó estudios complementarios. La evaluación por cirugía se acentuó un 5%.

Discusión: La crisis sanitaria del 2020 generó miedo, ansiedad, estrés; acrecentados con el distanciamiento social. Se observó un aumento de consultas por DA. La falta de datos sobre la asociación de DA y las consecuencias instauradas durante la misma dieron origen al estudio. El diagnóstico de certeza resulta dificultoso por las múltiples visitas a distintos profesionales. En el desarrollo del mismo se intentó demostrar la existencia del eje bidireccional intestino-cerebro. Dado el diseño y la imposibilidad de realizar una seguimiento, fue imposible categorizarlos según los criterios ROMA.

Characterization, prognostic factors, and survival in moderate alcohol-associated hepatitis: A multicenter study

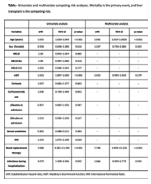
Idalsoaga F[1], Díaz L[1], Corsi O[1], Ayares G[1], Arnold J[1], Dunn W[2], Li Y[2], Singal A[3], Simonetto D[4], Ayala-Valverde M[5], Ramirez C[6], Morales-Arraez D[7], Zhang W[8], Qian S[8], Ahn J[4], Buryska S[4], Mehta H[2], Waleed M[3], Stefanescu H[9], Horhat A[9], Bumbu A[9], Attar B[10], Agrawal R[11], Cabezas J[12], Cuyàs B[13], Poca M[13], Soriano Pastor G[13], Sarin S[14], Maiwall R[14], Jalal P[15], Higuera-De La Tijera M[16], Kulkarni A[17], Rao P N[17], Guerra Salazar P[18], Skladaný L[19], Bystrianska N[19], Prado V[20], Clemente-Sanchez A[21], Rincón D[21], Haider T[22], Chacko K[22], Romero G[23], Pollarsky F[23], Restrepo J[24], Toro L[25], Yaquich P[26], Mendizabal M[27], Garrido M[28], Marciano S[29], Dirchwolf M[30], Vargas V[31], Jimenez C[31], García-Tsao G[32], Ortiz G[32], Abraldes J[33], Kamath P[4], Arrese M[34], Shah V[4], Bataller R[35], Arab J[36]

[1]Departmento de Gastroenterologia, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]University of Kansas Medical Center, KS, USA, Kansas, Estados Unidos (EEUU); [3]Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine, University of South Dakota Sanford School of Medicine, Sioux Falls, SD, USA, Sioux Falls, Estados Unidos (EEUU); [4]Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA, Rochester, Estados Unidos (EEUU); [5]Hospital el Pino, Santiago, Chile; [6]Department of Anesthesia, Schulich School of Medicine, Western University & London Health Sciences Centre, London, Ontario, Canada.., London Ontario, Canadá; [7]Center for Liver Diseases, Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, University of Pittsburgh Medical Center, PA, USA., Pittsburgh, Estados Unidos (EEUU); [8]Division of Gastroenterology and Hepatology, University of Florida, Gainesville, FL, USA, Gainesville, Estados Unidos (EEUU); [9]Regional Institute of Gastroenterology and Hepatology, Cluj-Napoca, Romania, Cluj-Napoca, Rumania; [10]Division of Gastroenterology & Hepatology, Cook County Health and Hospital Systems, Chicago, Illinois, USA, Chicago, Estados Unidos (EEUU); [11]Division of Gastroenterology and Hepatology, University of Illinois, Chicago, Illinois, USA, Chicago, Estados Unidos (EEUU); [12]Gastroenterology and Hepatology Department. University Hospital Marques de Valdecilla. Santander. Spain; Research Institute Valdecilla (IDIVAL). Santander. Spain;, Santander, España; [13]Department of Gastroenterology, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, CIBERehd, Barcelona, Spain., Barcelona, España; [14]Institute of Liver and Biliary Sciences, New Delhi, India, New Delhi, India; [15]Department of Gastroenterology and Hepatology, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA, Houston, Estados Unidos (EEUU); [16]Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; [17]Asian Institute of Gastroenterology, Hyderabad, India, Hyderabad, India; [18]Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés, La Paz, Bolivia, La Paz, Bolivia; [19]Division of Hepatology, Gastroenterology and Liver Transplantation, Department of Internal Medicine II, Slovak Medical University, F. D. Roosevelt University Hospital, Banska Bystrica, Slovak Republic, Banska Bystrica, República Checa; [20]Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg, Luxembourg, Luxemburgo; [21]Liver Unit, Department of Digestive Diseases Hospital General Universitario Gregorio Marañón Madrid, Spain, Madrid, España; [22]Division of Gastroenterology and Hepatology, Montefiore Medical Center, Bronx, NY, USA, Bronx, Estados Unidos (EEUU); [23]Sección Hepatología, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina., Buenos Aire, Argentina; [24]Hospital Pablo Tobon Uribe, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, Medellín, Colombia; [25]Hospitales de San Vicente Fundación, Medellín-Rionegro, Antioquia, Colombia, Antioquia, Colombia; [26]Departamento de Gastroenterología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile, Santiago, Chile; [27]Hepatology and Liver Transplant Unit, Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina, Buenos Aires, Argentina; [28]Hospital Central San Luis, San Luis, Argentina, San Luis, Afganistán; [29]Liver Unit, Hospital Italiano De Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina., Buenos Aires, Argentina; [30]Unidad de Hígado, Hospital Privado de Rosario, Rosario, Argentina., Rosario, Argentina; [31]Liver Unit, Hospital Vall d'Hebron, Universitat Autonoma Barcelona, CIBEREHD, Barcelona, Spain., Barcelona, España; [32]Section of Digestive Diseases, Yale University School of Medicine/VA-CT Healthcare System, New Haven/West Haven, USA, New Haven/West Haven, Estados Unidos (EEUU); [33]Division of Gastroenterology, Liver Unit, University of Alberta, Edmonton, Canada, Edmonton, Canadá; [34]Department of Gastroenterology, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile., Santiago, Chile; [35]Liver Unit, Hospital Clinic, Barcelona, Barcelona, España; [36]Division Of Gastroenterology, Department Of Medicine, Schulich School Of Medicine, Western University & London Health Sciences Centre, London, Ontario, Canada., London, Ontario, Canadá

Background: Alcohol-associated hepatitis (AH) corresponds a entity with high short-term mortality; however, few studies have been published in patients with moderate AH.
Aim: Characterize patients with moderate AH, identifying prognostic factors and survival at 30, 90, and 180 days.
Methods: Multi-center retrospective cohort-study, which included patients with moderate AH (2009-2019). Moderate AH was defined as MELD≤20 at presentation. We used competing-risk models with liver transplantation as a competing risk to assess variables associated with mortality.
Results: We included 564 patients with moderate AH(24 centers,12 countries). Median age was 48±11.6 years, 29.2% female, and 46.2.5% Caucasian. 51.7% of the cohort

had cirrhosis, and 1.4% underwent liver transplantation. MELD score on admission was 17 [6-20] and 37.7% used corticosteroids during hospitalization. â â Survival rates at 30, 90, and 180 days were 93.7% (0.911–0.955), 89.1% (0.860–0.916), and 87% (0.836–0.898), respectively. The most frequent causes of death were multiple organ failure (30.4%) and infections (11.5 %). In the univariate analysis, the variables associated with mortality were age (sHR1.035, 95%CI:1.020–1.049; p<0.001), Maddrey's discriminant function (sHR1.013, 95%CI:1.007–1.020; p<0.001), albumin at admission (sHR0.837, 95%CI:0.682–1.026; p=0.087), INR (sHR1.534; 95%CI: 1.070–2.198, p=0.020), renal replacement therapy (sHR7.066; 95%CI:4.381–11.392; p<0.001) and infections during hospitalization (sHR2.079; 95%CI:1.308–3.306; p=0.002)(Table). However, in the multivariate-adjusted model, only age (sHR 1.042; 95%CI:1.019–1.0656, p<0.001), RRT (sHR7.796; 95%CI:3.993–15.218, p<0.001) and infections during hospitalization (sHR1.666; 95%CI:0.999–2.779; p=0.050) were associated with mortality. The corticosteroids did not demonstrate benefit in moderate AH.

Conclusions: Patients with moderate AH have a significant mortality at short-term. Infections are associated with higher mortality and are the most important cause of death. Better models are necessary to predict mortality in moderate AH.



Disección endoscópica de campo amplio (WF-ESD) para el tratamiento de la neoplasia del esófago de barrett, experiencia inicial con cuchillo endoscópico bipolar (speedboat, creo medical) en instituto chileno japonés

Ross G[1], Gallardo Á[1], Contreras G[2], Lopez P[1], Navarrete C[1]

[1]Instituto Chileno Japonés, HCSBA; [2]Hosital Clínico San Borja Arriaran. Santiago, Chile

Introducción: La implementación de la disección endoscópica submucosa (ESD) es una técnica segura y con altas tasas de resección en bloque. Sin embargo, para el tratamiento de la neoplasia del esófago de Barrett ha sido obstaculizada principalmente por una alta tasa de márgenes positivos. Por lo anterior, se propuso la resección con márgenes amplios la que ha demostrado óptimas tasas de curabilidad. La presente publicación muestra la experiencia inicial en un hospital universitario de alto volumen.

Objetivo: Dar a conocer la experiencia inicial de los primeros casos resueltos mediante WF-ESD con cuchillo endoscópico bipolar (Creo Medical) en el Instituto Chileno Japonés del HCSBA, Chile.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a WF-ESD en HCSBA. Se obtiene información de la ficha clínica electrónica y estudio de imágenes de los pacientes. Se realiza una revisión de la literatura bajo los términos "wide-field endoscopic submucosal dissection". Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes. Mediana de edad 54 (43-67) años, 75% eran mujeres y se evaluó la prevalencia de estenosis al seguimiento, de márgenes positivos, la incidencia de complicaciones, entre otras.

Conclusión: La disección endoscópica de campo amplio es una alternativa segura en pacientes con neoplasia incipiente en el contexto de esófago de Barrett, con mejores resultados de resecabilidad.

Pentoxifylline use in patients with alcohol-associated hepatitis admitted with acute kidney injury could decrease survival: a global study

Idalsoaga F[1], Diaz L[1], Corsi O[1], Ayares G[1], Arnold J[1], Dunn W[2], Li Y[2], Singal A[3], Simonetto D[4], Ayala-Valverde M[5], Ramirez C[6], Morales-Arraez D[7], Zhang W[8], Qian S[8], Ahn J[4], Buryska S[4], Mehta H[2], Waleed M[3], Stefanescu H[9], Horhat A[9], Bumbu A[9], Attar B[10], Grawal R[11], Cabezas J[12], Cuyàs B[13], Poca M[13], Soriano Pastor G[13], Sarin S[14], Maiwal R[14], Jalal P[15], Higuera-De La Tijera M[16], Kulkarni A[17], Rao P N[17], Guerra Salazar P[18], Skladaný L[19], Bystrianska N[19], Prado V[20], Clemente-Sanchez A[21], Rincón D[21], Haider T[22], Chacko K[22], Romero G[23], Pollarsky F[23], Restrepo J[24], Toro L[25], Yaquich P[26], Mendizabal M[27], Garrido M[28], Marciano S[29], Dirchwolf M[30], Vargas V[31], Jimenez C[31], García-Tsao G[32], Abraldes J[33], Kamath P[4], Arrese M[34], Shah V[4], Bataller R[35], Arab J[36]

[1]Departmento de Gastroenterologia, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile., Santiago, Chile; [2]University of Kansas Medical Center, KS, USA, Kansas, Estados Unidos (EEUU); [3]Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine, University of South Dakota Sanford School of Medicine, Sioux Falls, SD, USA, Sioux Falls, Estados Unidos (EEUU); [4]Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA, Rochester, Estados Unidos (EEUU); [5]Hospital el Pino, Santiago, Chile, Santiago, Chile; [6]Department of Anesthesia, Schulich School of Medicine, Western University & London Health Sciences Centre, London, Ontario, Canada.., London Ontario, Canadá; [7]Center for Liver Diseases, Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, University of Pittsburgh Medical Center, PA, USA., Pittsburgh, Estados Unidos (EEUU); [8]Division of Gastroenterology and Hepatology, University of Florida, Gainesville, FL, USA, Gainesville, Estados Unidos (EEUU); [9]Regional Institute of Gastroenterology and Hepatology, Cluj-Napoca, Romania, Cluj-Napoca, Rumania; [10]Division of Gastroenterology & Hepatology, Cook County Health and Hospital Systems, Chicago, Illinois, USA, Chicago, Estados Unidos (EEUU); [11]Division of Gastroenterology and Hepatology, University of Illinois, Chicago, Illinois, USA, Chicago, Estados Unidos (EEUU); [12]Gastroenterology and Hepatology Department. University Hospital Marques de Valdecilla. Santander. Spain; Research Institute Valdecilla (IDIVAL). Santander. Spain;, Santander, España; [13]Department of Gastroenterology, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, CIBERehd, Barcelona, Spain., Barcelona, España; [14]Institute of Liver and Biliary Sciences, New Delhi, India, New Delhi, India; [15]Department of Gastroenterology and Hepatology, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA, Houston, Estados Unidos (EEUU); [16]Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; [17]Asian Institute of Gastroenterology, Hyderabad, India, Hyderabad, India; [18]Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés, La Paz, Bolivia, La Paz, Bolivia; [19]Division of Hepatology, Gastroenterology and Liver Transplantation, Department of Internal Medicine II, Slovak Medical University, F. D. Roosevelt University Hospital, Banska Bystrica, Slovak Republic, Banska Bystrica, República Checa; [20]Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg, Luxembourg, Luxemburgo; [21]Liver Unit, Department of Digestive Diseases Hospital General Universitario Gregorio Marañón Madrid, Spain, Madrid, España; [22]Division of Gastroenterology and Hepatology, Montefiore Medical Center, Bronx, NY, USA, Bronx, Estados Unidos (EEUU); [23]Sección Hepatología, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina., Buenos Aires, Argentina; [24]Hospital Pablo Tobon Uribe, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, Medellín, Colombia; [25]Hospitales de San Vicente Fundación, Medellín-Rionegro, Antioquia, Colombia, Antioquia, Colombia; [26]Departamento de Gastroenterología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile, Santiago, Chile; [27]Hepatology and Liver Transplant Unit, Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina, Buenos Aires, Argentina; [28]Hospital Central San Luis, San Luis, Argentina, San Luis, Argentina; [29]Liver Unit, Hospital Italiano De Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina., Buenos Aires, Argentina; [30]Unidad de Hígado, Hospital Privado de Rosario, Rosario, Argentina., Rosario, Argentina; [31]Liver Unit, Hospital Vall d'Hebron, Universitat Autonoma Barcelona, CIBEREHD, Barcelona, Spain., Barcelona, España; [32]Section of Digestive Diseases, Yale University School of Medicine/VA-CT Healthcare System, New Haven/West Haven, USA, New Haven/West Haven, Estados Unidos (EEUU); [33]Division of Gastroenterology, Liver Unit, University of Alberta, Edmonton, Canada, Edmonton, Canadá; [34]Department of Gastroenterology, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile., Santiago, Chile; [35]Liver Unit, Hospital Clinic, Barcelona, Barcelona, España; [36]Division Of Gastroenterology, Department Of Medicine, Schulich School Of Medicine, Western University & London Health Sciences Centre, London, Ontario, Canada., London Ontario, Canadá

Background: Alcohol-associated hepatitis (AH) is a severe entity with a mortality of up to 30 at 1 month. Pentoxifylline combined with steroids has not demonstrated benefits in severe AH. Some studies have suggested that pentoxifylline may be beneficial in the subgroup of patients with acute kidney injury (AKI) and AH. However, there is no solid evidence of its benefit in mortality in this setting.

Aim: Determine the benefit of the use of pentoxifylline in patients with severe AH and AKI.

Methods: Global retrospective cohort study, including patients with severe AH and AKI at admission (2009–2019). We used competing-risk models with liver transplantation as a competing risk to assess the potential effect of pentoxifylline.

Results: We included 655 patients with severe AH and AKI (30 centers,10 countries). Median age was 48±11.6 years, 26.2% were females, and 52.5% were Caucasian. Around 68.7% of the patients had history of cirrhosis, and 6.6% underwent liver transplantation. MELD score on admission was 34 [15–74]. 43.2% of the patients used corticosteroids, while only 6.9% used pentoxifylline during hospitalization. In the univariate analysis, the variables independently associated with mortality were female sex (sHR0.740; 95% IC:0.577–0.948; p = 0.018), MELD (sHR1.034; 95%IC: 1.020–1048; p<0.001), MELD 3.0 (sHR1.034, 95%IC:1.018–1.049, p < 0.001), Maddrey's discriminant function (sHR1.005, 95%IC:1.003–1.008, p < 0.001), serum albumin at admission (sHR0.756; 95%IC:0.642–0.890; p = 0.001), bilirubin at admission (sHR 1.011; 95%IC:1.003–1.019, p = 0.006), serum creatinine (sHR1.083; 95%IC:1.028–1.140, p=0.002) and pentoxifylline use (sHR 1.531, 95%IC:1.107–2.119; p = 0.010) (Table). In the multivariate-adjusted model, the use of pentoxifylline was associated with increased mortality (sHR1.620, 95%IC:1.190–2.204; p = 0.002).

Conclusions: The use of pentoxifylline has no benefit in terms of mortality and could decrease survival in patients with AH and AKI.

Table.- Univariate and multivariate competing-risk analyses. Mortality is the primary event, and liver transplant is the competing risk.

	Univariate analysis			Multivariate analysis		
Variables	**sHR**	**95% CI**	**p-value**	**sHR**	**95% CI**	**p-value**
Age (years)	1.005	0.996–1.014	0.231	1.013	1.003–1.023	0.006
Sex (Female)	0.740	0.577–0.948	0.018	0.802	0.618–1.040	0.097
MELD	1.034	1.020–1048	< 0.001	1.043	1.021–1.065	< 0.001
MELD 3.0	1.034	1.018–1.049	< 0.001	-		
mDF	1.005	1.003–1.008	< 0.001	-		
Cirrhosis	1.100	0.821–1.473	0.522	-		
Corticosteroids use	1.051	0.845–1.308	0.650	1.058	0.842–1.329	0.628
Albumin at admission	0.756	0.642–0.890	0.001	-		
Bilirubin at admission	1.011	1.003–1.019	0.006	-		
Serum creatinine	1.083	1.028–1.140	0.002	0.973	0.892–1.329	0.628
Pentoxifylline use	1.531	1.107–2.119	0.010	1.620	1.190–2.204	0.002

sHR: Subdistribution Hazard ratio; mDF: Maddrey's discriminant function.

Aplicabilidad de los indicadores pronosticos meld score y child pugh en pacientes cirroticos internados en el instituto gastroenterologico boliviano japones de la ciudad de Sucre

Bejarano A[1], Salinas G[2]

[1]Hospital San Antonio De Los Sauces, Monteagudo; [2]Instituto Gastroenterologico Boliviano Japones, Sucre. Bolivia

Introducción: Los modelos pronósticos para pacientes con cirrosis hepática más usados son la clasificación de Child Pugh y el modelo para enfermedades terminales del hígado (MELD).

Objetivos: Determinar la aplicabilidad de los indicadores pronósticos Child Pugh y MELD como predictores de mortalidad en pacientes internados con cirrosis hepática.

Métodos: Estudio con enfoque cuantitativo, longitudinal retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico desarrollado en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés de la ciudad de Sucre de enero de 2017 a diciembre de 2022. Se realizó seguimiento a todos los pacientes hasta su muerte o el día que se tuvo certeza de su supervivencia.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 134 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática internados en el servicio de gastroenterología. La media de edad fue de 57,36 años. La mortalidad global fue de 57%, siendo el enolismo su principal etiología con un 72 %. Existe una asociación entre el grado de Meld y la mortalidad en los pacientes cirróticos internados (X2: 52,78, P valor: 0,00 OR: 108), al igual que el indicador Child Pugh (X2: 50,31, P valor: 0,00 OR: 33,8), también se aprecia una asociación entre la mortalidad y el grado de varices esofágicas (X2: 21,5 P valor: 0,00 OR: 9,48).

Conclusiones: Los indicadores pronósticos Child Pugh y Meld son modelos de predicción útiles y precisos para determinar la mortalidad en pacientes cirróticos, el grado de varices esofágicas también se puede considerar un buen indicador pronóstico de mortalidad.

Palabras clave: Mortalidad, Score Meld, Child Pugh, Várices Esofágicas.

Efectividad de la terapia cuádruple con subsalicilato de bismuto en la erradicación de Helicobacter Pylori

Oviedo M, Villegas V, Uzcategui R

Hospital Universitario Dr. Jesús María Casal , Portuguesa, Venezuela

La infección por Helicobacter Pylori afecta aproximadamente el 50% de la población mundial, presenta una baja frencuencia relativa, en paises desarrollados, y una alta frecuencia en paises en desarrollo, es por esto, que realizamos el siguiente trabajo de investigación que lleva como

Objetivo: determinar la efectividad de la terapia cuadruple con subsalicilato de bismuto en la erradiación de Helicobacter Pylori en pacientes que acuden a consulta de gastroenterología en período de enero a julio 2020.

Métodos: El presente trabajo fue una investigación de tipo descriptiva y prospectiva, con una muestra representada por 50 pacientes que acudieron a dicha consulta el HCU "Dr. Jesús Maria Casal Ramos", presentado Helicobacter Pylori positivo, a los que se les indico tratamiento con la terapia cuadrúple con subsalicilato de bismuto por 14 días consecutivos. A las 4 semanas, una vez culminada la medicación se ordeno detección cualitativa de antígeno fecal para Helicobacter Pylori. Los resultados arrojaron que predomino el sexo femenino en relación al masculino, con un porcentaje de 68% frente al 32%. El promedio de edad fue de 39,4 años, el 100% de los pacientes obtuvo la desaparición de los síntomas una vez culminada la terapia cuádruple con subsalicilato de bismuto. La adherencia al tratamiento fue de 98%, la tasa de erradicación de la bacteria fue del 98% con un OR de 15,6 y una fuerte asociación estaadística lo cual demuestra su efectividad. Concluyendo que la terapia cuádruple con subsalicilato de bismuto, resulta efectiva como tratamiento de primera línea.

Evaluación de factores de riesgo perinatales para el desarrollo de alergia a la proteina de leche de vaca (APLV) en niños

Di Pietro C, Boggio C

Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano, CABA, Argentina

Introducción: La APLV es el resultado de una respuesta inmunológica anómala que ocurre después de la ingesta de proteína de leche de vaca mediada por respuestas Th1y/o Th2,siendo la causa más frecuente de alergia alimentaria en los primeros años de vida.La prevalencia a nivel mundial se encuentra entre 2 y 8%,en nuestro país se ubica en 1%.Factores de riesgo como incremento de peso en el embarazo, uso de antibióticos,cesárea,alimentación con fórmula,uso de antibióticos en el lactante podrían tener efectos directos e indirectos en la microbiota del lactante alterando la función de la barrera intestinal,aumentando el riesgo de desarrollo de APLV.

Objetivo: Asociar los antecedentes perinatales y postnatales en lactantes como factores de riesgo para el desarrollo de APLV.

Método: Se implemento un cuestionario estructurado cerrado por plataforma SurveyMonkey en una cohorte de padres con niños APLV.

Resultados: 400 encuestas realizadas 380 pacientes concluyeron la misma.Tasa de respuesta 79,1%.55,8% de sexo masculino.58,7% con diagnóstico antes de los 3 meses de vida. Factores de riesgo perinatales encontrados:56% de las madres aumentaron más de 11 kilos durante el embarazo,32% recibieron tratamiento antibiótico,97,9% no fumaron.69,1% fueron cesárea, recibiendo 17,9% antibióticos en la misma. De los recién nacidos el 59% de termino-peso adecuado.23,8% requirieron internación en neonatología con un promedio de internación de 3 días, y recibiendo hasta el 42% antibiótico endovenoso en la misma.61% recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Solo el 35,9% de los pediatras recomendaron probióticos.

Conclusiones: Los factores de riesgo para el desarrollo de APLV estuvieron presentes en la población estudiada, más de la mitad de las madres presentaron incremento de peso mayor a 11 kg y 7 de cada 10 niños nacieron por cesárea ambos factores primordiales para la modificación de la microbiota y aumento del riesgo de APLV.

Prevalencia de infección por helicobacter pylori en periodo prepandemia y postpandemia del virus sars-cov-2, en pacientes atendidos en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima - Perú, 2018-2022

Piscoya J, Otoya G

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú

Introducción: La infección por Helicobacter Pilory (Hp) en el Perú presenta una alta prevalencia, siendo una de las enfermedades cuyo proceso diagnostico se vio afectado por la pandemia del virus SARS-COV-2.

Objetivo: Determinar la prevalencia de infección por Hp en una determinada población, en periodo pre y postpandemia (2018-2022), mostrando variaciones por grupo etáreo.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, realizado en el HNGAI Lima - Perú; en pacientes con prueba de test de aliento C13, en el periodo 2018-2022.

Resultados: El período prepandemia se considera el periodo 2018-2019, encontrándose que la frecuencia de infección por Hp fue de 37.21 % (1,744 casos positivos). En cuanto al análisis por grupo etáreo, se encontraron casos positivos: de 4-13 años: 6.59%, de 14-23: 8,6%, de 24-33 años: 12,39 %, de 34-43 años: 16,92 %, de 44-53 años: 17,49%, de 54-63 años: 18,46 %, de 64-73 años: 12,61 %, de 74-83 años: 5,73%, de 84-93 años: 0,34 %, mayores de 93 años: 0,06 %. El periodo postpandemia se considera el año 2022, se realizaron 5659 exámenes; con prevalencia de 34.28% (1,940 casos positivos), 2.93 % menor en relación al periodo prepandémico. El análisis por grupo etáreo se estableció: de 4-13 años: 1,03%, de 14 -23 es 5,3%, de 24-33 años: 12,89 %, de 34-43 años: 19,69 %, de 44-53 años: 23,3%, de 54-63 años: 19,43 %, de 64-73 años: 13,61 %, de 74-83 años: 3,91%, de 84-93 años es 0,62 %, mayores de 93 años es 0,05 %.

Conclusiones: Se encontró una disminución del 2.93% en la prevalencia de infección por Hp comparando el periodo pre y postpandemia. Además, el grupo etáreo con mayor infección por Helicobacter pylori en el periodo prepandemia fue el de 54-63 años, mientras que en el periodo postpandemia correspondió al de 44-53 años.

Palabras clave: Helicobacter pylori; infección; prevalencia

Efectividad del piridn-carboxilato de zinc. Un nuevo tratamiento secuencial combinado, mejorado con mayor dosis para la gastritis por Helicobacter Pylori

Bedini O[1], Integrante P[1], Anatomo Patológo A[2]

[1]Cedir - Sanatorio Britanico; [2]Instituto de Anatomia Patológoca de Rosario. Rosario, Argentina

Introducción: El zinc tiene propiedades regenerativas vasodilatadora y antimicrobiana (AM); Está en cél. metaplásicas intestinales y Paneth de pacientes (P) con C.U. En nuestro trabajo publicado en AGL 2014;44:285-289, constatamos que a mayor cronicidad de la enf. existe un mayor número de células de Paneth con una mayor concentración de zinc. Considerando a la cél. de Paneth y al zinc con un rol AM y observando que sobre las metaplasias gástricas no hay H.P. postulamos que zinc podría desempeñar un papel AM importante en P con HP.

Objetivo: Comparar nuestro trabajo anterior : tasa de erradicación 91,6 % (AGL , Vol 51 sup, Congreso Arg. 2021 poster 0059) con un nuevo G de P (n:84) con HP administrándole una mayor dosis de Zin, de amoxicilina 875mg (Amox) y esomeprazol 40 mg (Eso).

Material métodos: Se incorporaron **P** HP +, siguiendo protocolo Sydney mejorado. Utilizando Giemsa para identificación del Hp. Tratamientos por 14 días en dos fases: Fase 1 por 7 días: Amox 875mg 1 comp/ 8 hs , levofloxacina 500 1 comp/12 hs, Eso 40 mg 1 comp / 12 hs, Zin 200 mg 1 comp/ 12 hs. Fase 2 por 7 días: Amox 875 1 comp / 8 hs , metronidazol 500 1 comp / 12 hs, Eso 40 1 comp / 12 hs , Zin 200 mg 1 comp / 12 hs. En todos los G el tt con Zn y ESO, se realizó por 60 días. Todos los P fueron controlados con test de antíg. en MF para HP a las 8 semanas y VEGDF a las 10 semanas.

Resultados: G8 con 84 P: TT combinado secuencial mejorado. Persistencia del Hp en: 4 P. Tasa de erradicación: 95, 2 %.
Conclusiones: El aumento en la dosis de Zinc, amox. y eso. mejoró la tasa de erradicación a un 95,2 %, comparada con el 91.6 % del trabajo anterior.

Salmonella Typhi (ST) and gallbladder preneoplastic lesions in patients undergoing elective cholecystectomy chile, 2017-2019

Cook P[1], Lagos R[2], Hormazabal J[3], Viñuela E[4], Aguayo G[5], Koshiol J[6], Levine M[7], Ferreccio C[8]

[1]University Of North Carolina At Chapel Hill, Chapel Hill, Estados Unidos (EEUU); [2]Centro para Vacunas en Desarrollo (CVD-Chile), Santiago, Chile; [3]Departamento de Laboratorio Biomédico, Instituto de Salud Pública, Santiago, Chile; [4]Servicio de Cirugía, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile; [5]Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile; [6]Division of Cancer Epidemiology and Genetics, Infections and Immunoepidemiology Branch, National Cancer Institute, Bethesda, Maryland, Estados Unidos (EEUU); [7]Center for Vaccine Development (CVD), University of Maryland School of Medicine (UMSoM),, Baltimore, Estados Unidos (EEUU); [8]Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

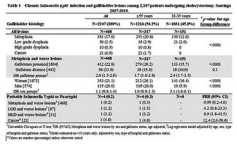
Introduction: Chile has high mortality for gallbladder cancer (GBC). Gallstones are the primary risk factor, however, 1-3% of cholelithiasis cases develop GBC. Chronic carriage of Salmonella Typhi (ST) is more prevalent among gallstones carriers, suggesting a potential risk factor for GBC. A previous study found prevalences of 3.8% for ST and 3.5% for S.Paratyphi A/B in chilean patients undergoing cholecystectomies.

Objective: To analyze preneoplastic lesions and ST carriage in patients undergoing elective cholecystectomy.

Methods: Between 2017-2019, we enrolled 2,247 patients at four Santiago hospitals. Histopathological examination, culture, and PCR were performed on bile and gallstones. IgG Vi antibodies were tested in sera. 1216(54.2%) participants were >55 years, while 1031 (45.8%) were between 18-34 years-old.

Results: 468 individuals had preneoplastic lesions: 381(17.0%) metaplasia, 56(2.5%) LGD, 10(0.5%) HGD, and 21(0.9%) GBC. Young women had higher prevalence of lesions than men (OR=3.1(1.6-6.1)). The presence of gallstones was associated with a higher incidence of lesions in both age groups (OR=2.0 (1.5-2.8)). We did not culture ST. One older woman tested positive for S. Paratyphi B in the bile culture. Three older participants had positive PCR for ST in gallstones, and one of them had a positive PCR for ST in bile. Among them, two participants had high levels of anti-Vi antibodies, indicating potential chronic carriage. Only one of the four cases (S. Paratyphi B) had a gallbladder lesion (GBC). The overall prevalence of ST/S.Paratyphi was low(1.8/1000 cases). However, among individuals with high-grade dysplasia and worse lesions (32.3/1000; PRR:8.9 (1.8-43.5)), it was much higher.

Conclusion: The study suggests a possible link between chronic ST/Paratyphi infection and preneoplastic lesions in the older group, including GBC. However, due to the low prevalence of suspicious chronic carriers, it is challenging to separate this effect from the effect of age itself.



Niveles séricos de anticuerpos contra péptido cíclico citrulinado en pacientes con cirrosis hepática

García A[1], Cheme R[2], Ramos M[3], Fernández S[2]

[1]Escuela de Medicina Luis Razetti/Facultad de Medicinia; [2]Hospital Universitario de Caracas/ Facultad de Medicina; [3]Instituto Anatomico/Facultad de Medicina. Caracas, Venezuela

Introducción: La fisiopatología de la cirrosis guarda relación con inflamación sistémica. los niveles séricos de anticuerpos contra péptido cíclico citrulinado son considerados marcadores de inflamación sistémica.
Objetivo: determinar los niveles séricos de anticuerpos contra péptido cíclico citrulinado (Anti-PCC), en pacientes con cirrosis hepática.
Métodos: Estudio epidemiológico de tipo corte transversal, descriptivo y comparativo.
Resultados: La muestra evaluada fueron 15 hombres y 16 mujeres con cirrosis hepática. La edad promedio de la muestra total fue 54 ± 15 años (IC 95 % de 49 a 60 años.) La etiología más frecuente fue el alcohol (26%). El 58% fue Child – Pugh Turcotte B. El 54% presentó MELD menor de 9 puntos. El 54 % presentó fibrosis significativa por APRI. El valor sérico de factor reumatoide fue menor de 8 mg/L. El valor sérico promedio de Anti-PCC, en la muestra total, fue 5,81 ± 0,72 UA/mL (IC 95 % de 5,55 a 6,06 UA/mL). No hubo diferencias significativas entre las medias obtenidas en la muestra según sexo; presencia de ascitis, varices periplesplenicas, dilatación portal (p > 0,05, prueba t de Student, alfa 0,05).; ni entre entre los grupos CPT, MELD y APRI (p > 0.05, ANOVA One Way, alfa 0,05). El promedio de Anti-PCC en pacientes con esplenomegalia fue significativamente mayor que en aquellos sin esplenomegalia (5,87 ± 0,76 UA/mL (IC 95 % de 5,55 a 6,06 UA/mL) vs 5,44 ± 0,09 ((IC 95 % de 5,31 a 5.56 UA/mL), p = 0,0111, prueba t de Student no pareada con corrección de Welch, alfa 0.05).
Conclusión: Se reporta valores séricos de Anti-PCC en pacientes con cirrosis hepática que fueron significativamente mayor que la reportada previamente en población venezolana no cirrótica. Los resultados permitirían soportar las bases para explicar los mecanismos inflamatorios asociado a cirrosis hepática.

Prevención de cáncer gástrico y endoscopia, sin biopsias protocolo Sidney: el patrón mucoso podría ser suficiente para descartar gastritis crónica atrófica de alto riesgo neoplásico

Arteaga M[1], Corsi O[2], Uribe J[2], Jara C[2], Valdes A[2], Gonzalez F[2], Pastore A[2], Latorre G[2], Torres J[2], Candia R[2]

[1]Universidad Catolica de la Santisima Concepción, Chillan; [2]PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, Santiago. Chile

Introducción: En occidente, sólo las biopsias por protocolo Sydney (BPS) detectan con precisión la gastritis crónica atrófica (GCA) de alto riesgo de cáncer gástrico (OLGA III-IV). La endoscopia digestiva de alta definición (EDA-HD) permite caracterizar el patrón glandular de la mucosa gástrica, pero el rendimiento diagnóstico de los patrones mucosos es controversial.
Objetivo: Identificar patrones mucosos con alto rendimiento para el diagnóstico de GCA.
Métodos: Estudio transversal en pacientes sometidos a EDA-HD (equipos *Olympus* series 170-190 con NBI) y BPS. El patrón mucoso (PM) corporal fue categorizado en: redondo, levemente alargado y antralizado-velloso; el PM antral en: normal, acortado y presencia de WOS (*white opaque substance*). Se realizaron análisis uni-multivariados y de rendimiento diagnóstico.
Resultados: Se incluyeron 353 pacientes, 57.8% mujeres, edad 55±12 años. Endoscópicamente el 36% tenía PM corporal antralizado-velloso, el 9.4% WOS antral (Figs. 1A-B). Histológicamente, el 4.8% tenía OLGA III-IV, 18.7% GCA corporal moderada-severa, 7.7% GCA severa antral. Al ajustar por edad, sexo y H. pylori: el PM corporal antralizado-velloso (OR: 16.7 [IC95%: 2.1-135]) y WOS (OR: 19.6 [5.6-68.8]) se asociaron independientemente a OLGA III-IV; PM corporal antralizado-velloso a GCA corporal moderada-severa (OR: 38.9 [14.8-102]); y WOS a GCA antral severa (OR: 76 [13.5-429]). La sensibilidad del PM corporal antralizado-velloso para detectar GCA corporal moderada-severa fue 92.4%, con valor predictivo negativo (VPN) de 97.8%. La presencia de WOS tuvo una sensibilidad del 83.3% para GCA severa antral, con VPN de 99.4%. La ausencia de ambas características (PM antralizado-velloso, WOS) descarta el 100% de los casos de OLGA III-IV, lo que permitiría ahorrar el 61.6% de las BPS (Fig. 1C).
Conclusiones: Una EDA-HD ejecutada por personal entrenado podría ser suficiente para descartar OLGA III-IV. Las BPS debieran reservarse para pacientes con áreas de PM corporal antralizado o WOS antral. Futuros estudios deben validar estos hallazgos.

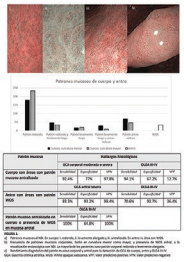


Figura 1. A: patrones mucosos al NBI. En el cuerpo: i. redondo, ii. levemente alargado y iii. antralizado. En antro: iv. área con WOS. B: frecuencia de patrones mucosos corporales, tanto en curcatura menor como mayor, y presencia de WOS antral, a la visualización endoscópica con NBI. La mayoría de los pacientes tuvo patrón corporal redondo o levemente alargado. C: rendimiento diagnóstico del patrón mucoso corporal y antral para la detección de GCA de cuerpo, antro y OLGA III-IV.
GCA: gastritis crónic atrófica; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo; WOS: white opaque substance.

Serum concentration of soluble apoptosis-associated molecules in adult celiac disease

Prasad K, Sharma A, Prasad U, Gupta P, Sinha S

Pgimer, Chandigarh, India, Chandigarh, India

Introduction: The exact role of soluble apoptosis-related mediators in celiac disease is still not fully understood. It is possible that serum sFas-sFasL may have a role in the pathogenesis of celiac disease.

Objective: In this study, we assess the circulating soluble Fas and Fas ligand levels in celiac disease.

Methods: The study included 50 newly-diagnosed celiac disease adults and 25 non-celiac adults as control. The circulating sFas and sFasL levels were assessed by

ELISA kits. All duodenal mucosal histological parameters were evaluated, classified and graded histological lesions according to the criteria proposed by our group. The serum sFas and sFasL levels and duodenal histological results were then analyzed using appropriate statistical methods.

Results: The mean age of 50 adults with celiac disease was 31.28 ± 12.83 (range, 15-62) years, with a M:F :: 1:1. In adult celiac disease mean serum sFas was significantly lower (p <0.001) than non-celiac control. However, mean serum sFasL was significantly higher (p = 0.018) than non-celiac control. One way ANOVA indicated no relationship between grade of duodenal mucosal damage and concentration of serum sFas. On the other hand One way ANOVA indicated a statistically significant relationship between different grades of duodenal mucosal damage and sFasL.

Conclusions: The concentration of serum soluble Fas and FasL are significantly altered in celiac disease. Altered serum sFas does not correlate with grades of duodenal mucosal lesions. Further studies are required to see any relation between membrane-bound Fas or FasL and grades of duodenal mucosal lesions which may help to understand pathogenesis of celiac disease.

Is microscopic colitis restricted to colon? Study of ileal changes in patients with microscopic colitis

Prasad K, Sinha S, Devraj V, Prasad U

Pgimer, chandigarh, india, Chandigarh, India

Introduction: Microscopic colitis (MC) is truly a disease of the era of modern fiberoptic endoscopy. However, involvement of the terminal ileum (TI) rarely been systematically studied and the association of collagenous ileitis (CI) and MC is not reported.

Objective: The aim of this study was to investigate the TI mucosal histomorphologic alterations and to determine the association of CI in cases of MC.

Methods: In this prospective study TI mucosa of 55 patients with MC (37 with lymphocytic colitis [LC: male/female ratio 2.7, median age 37 years] and 18 with collagenous colitis [CC: male/female ratio 1.6, median age 37 years]) were examined for TI mucosal alterations. Results were compared with 36 patients with ulcerative colitis (UC) as controls.

Results: The TI mucosal biopsies revealed varied histologic pattern with normal mucosa in 5 (9%), intraepithelial lymphocytosis without crypt hyperplasia 24 (43.6%), intraepithelial lymphocytosis with crypt hyperplasia 14 (25.5%), villous atrophy 6 (11%), villous atrophy with CI 2 (3.6%) and CI without villous atrophy in 4 (7.3%) patients. Overall 6 (10.9%) cases of MC were associated with CI. Out of 8 (14.5%) cases with primary ileal villous atrophy 6 were associated with LC and 2 were associated with CC and both had associated CI. All cases with LC revealed intraepithelial lymphocytosis and/or associated villous atrophy where as 6 (33.3%) cases of CC were associated with CI.

Conclusions: Terminal ileum is frequently involved in patients with MC. Collagenous ileitis is commonly associated with CC. The results suggest that the TI may be involved by a similar pathogenic process as the colon in LC and CC.

Evaluación de la calidad de vida en una cohorte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Arenas A[1], Urra A[2], Ruedi D[3], Sepúlveda C[2], Meyer W[2], Yovanovich P[2], Barela E[2], Walsen G[1]

[1]Hospital Sótero Del Río/ Clínica Alemana de Santiago; [2]Hospital Sótero Del Río; [3]Clínica Alemana de Santiago/Facultad de Medicina UDD. Santiago, Chile

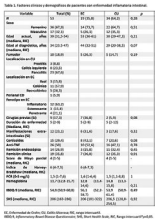
Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye principalmente a la Enfermedad de Crohn (EC) y a la Colitis Ulcerosa (CU). Cada vez hay más evidencia del gran un impacto que puede tener en la calidad de los pacientes. Existe escasa data en nuestro medio local.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida en una cohorte de pacientes con EII con cuestionario validado al español *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ-9). Evaluar nivel de correlación de encuesta *Short Health Scale* (SHS), traducida al español.

Métodos: Estudio transversal prospectivo en pacientes con diagnóstico EII, a quienes se aplicó cuestionario IBDQ-9 y SHS. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de tratamiento de los pacientes. La correlación entre variables entre ambos cuestionarios se analizaron mediante el coeficiente de rangos de Spearman (rs).

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes, 67.9% sexo femenino, mediana edad 39 (31.5 - 54). 64.2% CU y 35.8% EC; 35.8% en remisión clínica; 26.9% en remisión endoscópica; 50% en terapia anti-TNF; 29.4% con corticoides. Un 17% auto-reportó Trastorno del ánimo. En IBDQ-9, se obtuvo una mediana 54.8 (50.9 – 60.8) y en SHS, 206 (163 - 286), sin diferencias entre EC y CU. Pacientes en remisión clínica tuvieron un mejor puntaje de calidad de vida en ambos cuestionarios (p = 0.005); sin diferencias respecto al uso de anti-TNF. El coeficiente de correlación entre ambos cuestionarios fue moderado (rs = -0.56; p = 0.001).

Conclusiones: En esta cohorte se obtuvo una regular calidad de vida al utilizar ambos instrumentos, con una correlación moderada. Sin diferencias entre CU y EC, pero sí entre quienes se encuentran en remisión clínica. Es necesario darle una mayor importancia a la calidad de vida en el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal.



Colonoscopia convencional vs colonoscopia asistida por capuchón ¿existen diferencias en el rendimiento de la colonoscopia?

Duarte C[1], Zuñiga J[2], Da Silva R[1]

[1]Hospital San Miguel Arcangel; [2]Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid. Panamá, Panamá

Introducción: La colonoscopia es el estándar para el diagnóstico del cáncer colorrectal. Debido a su alta demanda, se han implementado diversos dispositivos, entre ellos un capuchón transparente, que ha mostrado utilidad en lograr una intubación cecal más rápida y una menor incomodidad para el paciente, pero los resultados para la detección de pólipos y adenomas han sido inconsistentes. Dada la falta de estudios prospectivos que evalúen la utilidad de colonoscopia asistida por capuchón (CAC) en nuestra región, realizamos este ensayo controlado aleatorio.

Objetivos: Determinar si existe diferencia entre la colonoscopia convencional vs colonoscopia con capuchón en el rendimiento diagnóstico para detección de adenomas.

Métodos: *Ensayo controlado aleatorizado prospectivo que comparó la CAC con la CS en pacientes sometidos a colonoscopia en un hospital de referencia. Los pacientes fueron randomizados por aleatorización simple en proporción 1:1. El objetivo principal consistió en la tasa de detección de adenomas. Los objetivos secundarios consistieron en comparar el tiempo de llegada a ciego y tasa de intubación a íleon, y la tasa de detección de pólipos.*

Resultados: Se incluyeron 131 pacientes que fueron randomizados a colonoscopia convencional (n:64) y colonoscopia con capuchón (n:67). La colonoscopia con capuchón estuvo asociada a menor tiempo de intubación cecal (6 min vs 7,5 min p:0.005) y a mayor probabilidad de intubación ileocecal (RR:1.62; 1.21-2.17). No encontramos diferencia en la probabilidad de detección de adenomas (RR: 1.02 ;0.54-1.94) o á¹ olipos (RR: 1.07 (0.602-1.919). No existen diferencias en un subanálisis de detección de adenoma en colon derecho (RR:2.22 (0.602-8.24).

Conclusiones: La colonoscopia con capuchón se asoció a menor tiempo de intubación cecal y mayor probabilidad de intubación ileal. No encontramos diferencias con la tasa de detección de adenomas, aunque existe una tendencia a mayor detección de adenomas en colon derecho en el grupo de intervención.

Diagnóstico de lesiones pre neoplásicas gástricas mediante protocolo Sydney en comparación a biopsias aleatorias en un hospital de Lima Perú

Okumura J, Piscoya J

Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente, Lima, Perú, Perú

Introducción: La detección de lesiones preneoplásicas aumenta con la utilización del protocolo Sydney en la toma de biopsias, y se recomienda en diferentes guías clínicas. Existe poca adherencia de los endoscopistas a usar protocolos en la toma de biopsias.

Objetivos: Determinar la utilidad diagnóstica de lesiones preneoplásicas gástricas mediante protocolo Sydney, en comparación con biopsias aleatorias no protocolizadas.

Métodos: Estudio transversal analítico, observacional y retrospectivo. Se creó una base de datos obteniendo información de las historias clínicas hasta llegar a la muestra. El análisis bivariado para evaluar la utilidad diagnóstica de lesiones premalignas entre la endoscopia protocolizada y no protocolizada se realizó la prueba de Ji-cuadrado. En el análisis multivariado, se calculó razones de prevalencias y se ajustó por sexo y edad.

Resultados: Se encontró asociación significativa entre el uso de protocolo Sydney y una mayor proporción de lesiones preneoplásicas (en total), en comparación a biopsias aleatorias (40.56% vs 24.87%, p = 0.0001); asimismo, de forma individual (para atrofia y metaplasia) se encontró asociación significativa: atrofia (21.3% vs 6.51%, p=0001) y metaplasia (29.17% vs 20.72%,

p=0.049). En el análisis multivariado, ajustado por edad y sexo, el protocolo Sydney presentó mayor utilidad diagnostica respecto al protocolo de biopsias aleatorias para las lesiones preneoplásicas, RPa 1.58 (IC95% 1.24 - 2.03; p=0.0001); asimismo, al evaluarlas de forma individual, se encontró mayor utilidad: atrofia, RPa 3.04 (IC95% 1.78 - 5.20; p=0.0001) y metaplasia, RPa 1.40 (IC95% 1.01 – 1.94; p=0.04).

Conclusiones: El protocolo Sydney presenta una mejor utilidad diagnóstica de lesiones premalignas en comparación a biopsias gástricas aleatorias, por lo que se debe promover su uso sistemático en las endoscopias gástricas.

Utilidad del índice de fragilidad hepática como predictor de hospitalización a corto plazo en pacientes con cirrosis hepática del instituto gastroenterologico boliviano japones de Sucre

Bejarano A[1], Salinas G[2]

[1]Hospital San Antonio de los Sauces, Monteagudo; [2]Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés, Sucre. Bolivia

Introducción: Evaluar a los pacientes con cirrosis hepática según el riesgo de hospitalización es un desafío de los sistemas de puntaje establecidos para la enfermedad hepática crónica. El índice de fragilidad identifica las características físicas de los pacientes cirróticos.

Objetivos: Determinar la utilidad del índice de fragilidad hepática como predictor de hospitalización a corto plazo en pacientes con cirrosis hepática internados en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés.

Métodos: Estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, longitudinal prospectivo y analítico desarrollado en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés de la ciudad de Sucre de febrero de 2022 a febrero de 2023. La fragilidad se evaluó durante las últimas 48 horas de internación. Los pacientes fueron seguidos durante 30 días de rehospitalización.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 39 pacientes diagnosticados de cirrosis hepática. En total, 36% pacientes fueron rehospitalizados dentro de los 30 días, 58% corresponden a la categoría de frágil. Los pacientes rehospitalizados tuvieron un índice de fragilidad significativamente más alto en comparación con los pacientes sin rehospitalización (X2 4.3, P valor 0,05 OR 4,8) LFI y sus soportes de silla de subprueba tuvieron la mejor capacidad discriminatoria para predecir la rehospitalización, con AUROC de 0,67 y 0,68, respectivamente. Un límite de LFI de >4,5 discriminó mejor entre pacientes con riesgo elevado de rehospitalización dentro de los 30 días.

Conclusiones: El índice de fragilidad es útil para identificar pacientes con mayor riesgo de rehospitalización a corto plazo.

Palabras clave: Fragilidad. Rehospitalizacion. Cirrosis.

Evaluación de la usabilidad de los pacientes atendidos en teleconsultas de gastroenterología en clínica universidad de los andes postpandemia: resultados preliminares

Castro L[1], Quera R[1], Nuñez P[1], Donoso F[1], Von Muhlenbrock C[1], Herrera K[1], Gatica V[1], Barrueto C[2], Cortes A[1]

[1]Clinica Universidad de los Andes; [2]Universidad de los Andes. Santiago, Chile

Introducción: La telemedicina ha crecido en el mundo durante la pandemia de COVID-19. Gastroenterología en Clínica Universidad de los Andes ofrece consultas por telemedicina desde inicios de la pandemia hasta postpandemia. La *usabilidad* es la medida en que los usuarios evalúan la efectividad, eficiencia y satisfacción en telemedicina. Según nuestro conocimiento, se desconoce la *usabilidad* por parte de los usuarios de este tipo de consultas en dicha área.

Objetivos: Evaluar el nivel de *usabilidad* de los pacientes atendidos en teleconsultas de Gastroenterología en Clínica Universidad de los Andes (marzo-junio 2023).

Métodos: Estudio descriptivo transversal sobre el nivel de *usabilidad* a través del cuestionario Telehealth Usability Questionnaire adaptado y modificado. Consta de 12 ítems, que puntúan en una escala tipo Likert de 1-7 puntos (1=desacuerdo y 7=acuerdo) con un puntaje total de 60 a 84 puntos El cuestionario se desarrolló en torno a 2 factores: *efectividad* y *factibilidad de uso*. También se evaluaron características sociodemográficas.

Resultados: Se analizaron 82 cuestionarios. Se observó un alto nivel de *usabilidad* (M_e= 81); de *efectividad* (M_e= 28) y de *factibilidad de uso* (M_e= 53), sin diferencias significativas en los grupos analizados. El 38% de los pacientes residen en región metropolitana, 65% son mujeres y el 80% pertenece al sistema de salud privado. El 44% tienen entre 30 a 44 años (media=44,5; DS= 13,4). 33% consultó por dolor abdominal inespecífico. El 51% de la muestra era su primera atención y el resto se encontraba en seguimiento por esta vía. Tabla 1.

Conclusión: En esta cohorte, la telemedicina es percibida como una herramienta efectiva y de fácil uso, con una muy buena percepción de usabilidad independiente de las características sociodemográficas de los pacientes. Por tanto, en gastroenterología, la telemedicina se perfila como una forma de atención en salud aceptada por los pacientes.



Caracterización y comparación de pacientes con diagnóstico de mafld en unidad de medicina preventiva y programa de hepatología

Pérez J[1], Aguirre H[2], Gatica V[3], Valdatta C[3], Díaz E[3], Cancino J[3], Castro F[3], Glasinovic A[3], Rudloff C[3], Galleguillos V[3], Martínez L[3], Castro L[3], Mezzano G[3]

[1]Universidad de los Andes; [2]Hospital del Salvador; [3]Clínica Universidad de los Andes. Santiago, Chile

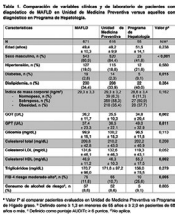
Introducción: El hígado graso asociado a alteraciones metabólicas (MAFLD) es una patología frecuente, afectando a aproximadamente un tercio de la población mundial. Se asocia a mayor riesgo de cirrosis, hepatocarcinoma y eventos cardiovasculares. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno podrían disminuir los desenlaces adversos en este grupo de pacientes. Hasta la fecha no se ha establecido una recomendación sobre su tamizaje en población general.

Objetivos: Caracterizar y comparar a los pacientes con diagnóstico de MAFLD realizado en la Unidad de Medicina Preventiva (UMP) versus aquellos diagnosticados en Programa de Hepatología.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo. Se recolectaron datos demográficos y clínicos de población del programa de Medicina Preventiva entre 2019-2023 y del programa de hepatología entre 2022-2023 de la Clínica Universidad de los Andes. El análisis estadístico se realizó con SPSS, se aplicó test de chi-cuadrado y T de Student para variables categóricas y numéricas, respectivamente.

Resultados: 2321 pacientes fueron evaluados con ecografía abdominal, 671 (28,9%) cumplieron criterios de MAFLD, edad promedio 49,4 ± 10,3 años, 80,9% hombres. Del total de pacientes, 616 fueron diagnosticados en UMP y 55 en el programa de hepatología, la comparación de las variables clínicas se presenta en la tabla 1. Los pacientes diagnosticados en UMP presentaron significativamente un menor nivel de transaminasas y una menor proporción de FIB-4 elevado.

Conclusión: Los pacientes diagnosticados en UMP presentaron menor riesgo de fibrosis avanzada en comparación con los pacientes diagnosticados en consulta de Hepatología, lo cual se podría explicar por un diagnóstico más temprano y en fase asintomática. El aplicar FIB-4 en la población de forma preventiva permite estratificar mejor el riesgo de estos pacientes y realizar una derivación temprana. El instaurar un tratamiento precoz podría incidir directamente en el pronóstico reduciendo el desarrollo de complicaciones asociadas, lo cual debe ser corroborado en futuros estudios.



Caracterización y comparación de pacientes con diagnóstico de Lean-Mafld y pacientes con Mafld con exceso de peso

Pérez J[1], Aguirre H[2], Gatica V[3], Valdatta C[3], Díaz E[3], Cancino J[3], Castro F[3], Glasinovic A[3], Rudloff C[3], Galleguillos V[3], Martínez L[3], Castro L[3], Mezzano G[3]

[1]Universidad de los Andes; [2]Hospital del Salvador; [3]Clínica Universidad de los Andes. Santiago, Chile

Introducción: El hígado graso asociado a alteraciones metabólicas (MAFLD) es una patología frecuente afectando a aproximadamente un tercio de la población mundial. Estudios recientes han mostrado una prevalencia de 10% en pacientes con normopeso, denominado Lean-MAFLD, postulándose que este grupo podría tener un pronóstico diferente. A nuestro conocimiento, no existen estudios que evalúen la prevalencia y características de este grupo en Chile.

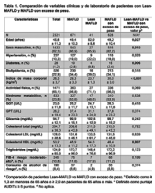
Objetivos: Caracterizar y comparar a los pacientes con Lean-MAFLD y los pacientes con MAFLD con exceso de peso.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo. Se recolectaron datos demográficos y clínicos de población del programa de Medicina Preventiva entre 2019-2023 y del programa de hepatología entre 2022-2023 de la Clínica Universidad de los Andes. Se dividió a los pacientes según IMC en Lean-MAFLD (IMC<25 Kg/m^2) y MAFLD con exceso de peso (IMC≥25 Kg/m^2). El análisis estadístico se realizó con SPSS, se aplicó test de chi-cuadrado y T de Student para variables categóricas y numéricas, respectivamente.

Resultados: 2321 pacientes fueron evaluados con ecografía abdominal, edad promedio 45,6 ± 11,3 años, 62,3% hombres. 671 pacientes (28,9%) cumplieron criterios

de MAFLD. De los pacientes con MAFLD, 6,1% eran Lean-MAFLD. En la tabla 1 se presenta la comparación de los pacientes con Lean-MAFLD y MAFLD con exceso de peso. Los pacientes con Lean-MAFLD tenían mayor edad, mayor prevalencia de diabetes y niveles más elevados de HDL. Además, se observó mayor proporción de FIB-4 de riesgo moderado-alto, pero sin alcanzar la significancia estadística.

Conclusión: La prevalencia de Lean-MAFLD es menor a la de MAFLD con exceso de peso y se presenta en pacientes de mayor edad. Las características clínicas entre ambos grupos son similares y su riesgo potencial de fibrosis avanzada determinado por FIB-4 es al menos equivalente al de pacientes con exceso de pesosobrepeso u obesidad en nuestra población estudiada.



A comparative analysis of artificial intelligence-based digital cholangioscopy and probe-based confocal laser endomicroscopy for detecting malignant bile duct lesions: a single-centre retrospective study

Robles C, Baquerizo J, Puga M, Cunto D, Egas M, Arevalo M, Mendez J, Alcivar J, Del Valle R, Alvarado H, Tabacelia D, Carvajal J, Pitanga H

Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador

Background: Two digital single-operator cholangioscopy (DSOC)-based artificial intelligence (AI) models have been worldwide proposed to identify neoplasia. Both have similar or even higher diagnostic accuracy (DxA) than expert endoscopists or target biopsies. Direct visualization of biliary strictures through DSOC-guided pCLE has also demonstrated high DxA. There are no head-to-head studies comparing both resources.

Aim: To compare DxA for identifying neoplasia in indeterminate biliary lesions using a novel DSOC-AI model against DSOC-guided pCLE.

Methods: Historic cohort. Adults underwent a video-recorded DSOC-guided pCLE (06/2014 to 11/2021). The absence of videos, biopsies, or twelve-month follow-ups were excluded. For DSOC direct visualization, Carlos Robles-Medranda classification constituted criteria for neoplasia. For DSOC-guided pCLE, Miami and Paris classifications constituted criteria for neoplasia or inflammatory disorders, respectively. DSOC-AI model analysed DSOC videos offline (AIWorks-Cholangioscopy system). The DSOC-AI model considered neovasculature as a neoplasia criterion. The gold standard for neoplasia was clinical evolution, imaging, or surgical specimen during twelve-month follow-up. DxA were calculated in terms of sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), observed agreement, and area under the curve (AUC).

Results: Ninety patients were selected, median age was 66.4 ± 13.7 years, 56.7% female. Tumour suspicion was the most common indication (55.6%). The DSOC-AI model reached a 97.7% sensitivity, 75% specificity, 98.8% PPV, 60% NPV and 96.7% observed agreement. The DSOC-guided pCLE reached a 94.2% sensitivity, 100% specificity, 100% PPV, 44.4% NPV and 94.4% observed agreement. AUC for DSOC-AI model was 0.79, DSOC direct visualization 0.74 (p = 0.763), DSOC-guided pCLE 0.72 (p = 0.634) and DSOC and pCLE-guided biopsy 0.83 (p = 0.809).

Conclusion: The DSOC-AI model demonstrated an offline DxA similar to DSOC-guided pCLE. It is advisable to design a larger multicentric head-to-head trial with a proportional sample among neoplastic and non-neoplastic cases for the best estimation of obtained results.

Rendimiento diagnóstico de una prueba en el punto de atención (PoCT) basada en anticuerpos anti-transglutaminasa-2 IGA para la detección de la enfermedad celíaca en poblaciones con diferentes riesgos previos a la prueba

Smecuol E[1], Stefanolo J[2], Puebla R[3], Dodds S[3], Moreno M[3], Espinet M[3], Oregui M[3], Niveloni S[3], Bai J[4]

[1]Hospital de Gastroenterología "Dr. Udaondo", Florida Vicente López; [2]Hospital de Gastroenterología "Dr. C. Udaondo", Buenos Aires; [3] Hospital de Gastroenterología "Dr. C. Udaondo", Buenos Aires; [4]Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina

Antecedentes/objetivo: Pruebas en el punto de atención (PoCT) son procedimientos útiles y rápidos frente a la sospecha de enfermedad celíaca (EC). Diferentes estudios demostraron buen rendimiento, ahorro de costos y adaptabilidad. Evaluar la performance de PoCT al diagnóstico histológico/serológico en sujetos con riesgo variable de EC previo a la prueba.

Métodos: Estudio prospectivo basado en biopsias de pacientes con alto y bajo riesgo de EC. Antes de la biopsia endoscópica, se obtuvo una prueba de PoCT y muestras venosas convencionales. PoCT se evaluó con un inmunoensayo de flujo lateral que detecta anticuerpos anti-transglutaminasa IgA (a-tTG Ig-A) (CeliacDetect). El diagnóstico de EC se basó en la combinación de una enteropatía Marsh 3 y una prueba IgA tTG positiva. Los casos seronegativos de IgA se investigaron utilizando anticuerpos anti-péptidos deamidados de gliadina IgG (a-DGP IgG).

Resultados: Se estudiaron 288 pacientes (186 mujeres) (edad mediana: 53 años; IQR 25%-75%: 40-64). Veintiocho de 90 pacientes (31,1 %) de la población de alto riesgo tuvieron diagnóstico de EC. Dos de 198 casos (1,0 %) de paciente de bajo riesgo fueron celíacos. El PoCT tuvo sensibilidad, especificidad y valores positivos y predictivos para el grupo de alto riesgo de 96,4%, 95,2%, 90,0% y 98,3%, respectivamente, observándose tres PoCT falsos positivos en esta población. En pacientes de bajo riesgo el desempeño del PoCT fue 100% sensible, específico y predictivo. Según el Cohen-kappa, la concordancia entre la IgA sérica tTG y PoCT fue excelente (0,90; p<0,0001). No se detectaron casos que presentaran solamente a-DGP IgG positivos.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que PoCT a-tTG IgA podría emplearse frente a la sospecha de EC en poblaciones de alto y bajo riesgo, particularmente en áreas donde las pruebas de laboratorio son limitadas, lo que podría aumentar las tasas de diagnóstico de EC, facilitar el diagnóstico temprano y reducir los costos.

Descripción de los resultados clínicos del trasplante de microbiota fecal realizado por colonoscopía en el tratamiento de la infección por clostridiodes difficile recurrente y en otras patologías enb un centro terciario

Quera R[1], Núñez P[2], Von Muhlenbrock C[1], Espinoza R[1], Concha A[1], Flores K[1], Marcet F[1], Aguila F[1], Araya D[1], Chepu C[1], Fuentes J[1], Mendoza C[1], Monsalve K[1], Paredes S[1], Rioseco F[1], Vera D[1], Viñales C[1]

Clínica Universidad de los Andes; [2]Clínica Universidad de los Andes/Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile

Introducción: El trasplante de Microbiota Fecal (TMF) ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la infección por *Clostridioides difficile* (ICD) recurrente. Además, datos emergentes han sugerido su utilidad en otras patologías no relacionadas con ICD.

Objetivo: Describir los resultados del TMF realizado por colonoscopía en el tratamiento de pacientes adultos con > 3 episodios de ICD y en otras patologías no relacionadas con el *C. difficile*. Además, clasificar los efectos adversos secundarios que se presentaron post-TMF.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal de todos los pacientes que han sido tratados con TMF por colonoscopía en Clínica Universidad de los Andes durante enero de 2021-mayo de 2023. Grupo-1: pacientes con > 3 episodios de ICD y Grupo-2: patologías no relacionadas con el *C. difficile*. Se realizó seguimiento al mes y a los 3 meses post-TMF.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva; medidas de tendencia central y frecuencias. El éxito terapéutico del TMF se analizó con relación al porcentaje de éxito en la muestra estudiada.

Resultados: El TMF se ha realizado en 18 pacientes, 11 del Grupo-1 (8 hombres, mediana 55 años (32-78) y 7 del Grupo-2 (4 hombres, mediana 34 años (16-59)). Ocho donantes tenían un parentesco con el paciente. La mediana de edad de los donantes fue 33,5 años (17-50). Las características clínicas de los pacientes se aprecian en la Tabla-1. En el Grupo-1, ningún paciente presentó un nuevo episodio de ICD. En el Grupo-2, 5 pacientes han presentado una evolución favorable post-TMF. No se registraron eventos adversos. Todos los pacientes tuvieron una percepción subjetiva positiva del TMF.

Conclusión: En esta cohorte, el TMF confirma que es un tratamiento efectivo y seguro en pacientes con ICD recurrente y que podría ser una estrategia terapéutica en pacientes con patologías no relacionadas con *C. difficile*.



The association of iga tissue transglutaminase antibodies to igg deamidated gliadin peptide antibodies as a confirmatory strategy for celiac disease non-biopsy diagnosis. A multicenter, post hoc, prospective biopsy-based study

Zingone F[1], SMECUOL E[2], Maniero D[1], Carroccio A[3], Biagi F[4], Stefanolo J[5], Niveloni S[5], Norman G[6], Ciacci C[7], Bai J[8]

[1]University of Padua, Padua, Italia; [2] Hospital de Gastroenterología "Dr. C. Bonorin, Florida Vicente López, Argentina; [3]University of Palermo, Palermo, Italia; [4]Pavia, IRCCS, Italia; [5]Hospital De Gastroenterología "Dr. C. Bonorino Udaondo", Buenos Aires, Argentina; [6]Research and Development, Headquarters & Technology Center Autoimmunity, Werfen, San Diego, Estados Unidos (EEUU); [7]Center for Celiac disease, Department of Medicine, Surgery,

Dentistry, Scuola Medica; Salernitana, Salerno, Italia; [8]Instituto de Investigación, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina

Background/Aim: Previous studies have proposed a non-biopsy serological diagnosis based on the sequential use of IgA tissue transglutaminase (tTG) and IgA endomysial autoantibodies, a combination that detects the same antibody using different assays with varying sensitivity. However, a firm conclusion on its suitability or that of a different combination for adults remains elusive. We investigated the performance of concurrent testing of two serologic tests targeting two independent antigens (IgA anti-tTG and IgG anti-deamidated gliadin peptides –DGP-), as an effective approach for CeD diagnosis in adults.

Methods: Prospective, multicenter, binational study collected a series of consecutive patients with a high pre-test probability for CeD. Between 2018 and 2020, adults were enrolled at four Italian and one Argentinian center. Patients were evaluated for serology and duodenal biopsy at local centers. Serology was also blindly analyzed by a central laboratory (Werfen, San Diego, USA) for IgA tTG and IgG DGP by Aptiva PMAT (Particle Multi-Analyte Technology) assays (Werfen, San Diego, CA). CeD diagnosis required histological confirmation of Marsh 3 damage.

Results: 187 patients were enrolled (138 with histological diagnosis of CeD and 49 not confirmed as CeD). Sensitivity and specificity were slightly higher for IgA tTG than IgG DGP at the manufacturer's cutoff of 5 units. Assays sensitivities decreased as the cutoff is increased while specificity increased. Double positive tests were predictive of CeD in 98.4% of patients at >1x upper limit of normal (ULN). Sixty-one/138 (44.2%) CeD patients had double positive results at >10x ULN with a 100% positive predictive value. The strategy was superior to that of IgA tTG as a single serology.

Conclusions: Dual positive for IgA tTG + IgG DGP serology, both at concentrations >10x ULN, was absolutely predictive of CeD, suggesting this specific subset of patients could safely omit the requirement of biopsy for CeD diagnosis.

The effectiveness of a qualitative lateral flow immunoassay tool for detecting stool gluten immunogenic peptides in the real life of celiac disease patients

Stefanolo J[1], Puebla R[1], Dodds S[1], Temprano M[1], Grizzuti M[1], Oregui M[1], Espinet M[1], Smecuol E[1], Niveloni S[1], Verdú E[2], Bai J[3]

[1]Hospital de Gastroenterología "Dr. C. Bonorino Udaondo", Buenos Aires, Argentina; [2]Mc Master University, Canadá; [3]Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina

Background: Detection of Gluten Immunogenic Peptides (GIP) in stool is a reliable, sensitive, and specific method for exploring gluten exposure and monitoring gluten-free (GFD) diet compliance in celiac disease (CeD) patients.

AIM: To assess the statistical performance of a stool lateral flow immunoassay (LFIA) test compared with the quantitative determination of stool GIP by ELISA, as the gold standard, in a series of samples from treated CeD patients.

Methods: 53 patients collected stool samples over four consecutive weeks. To measure stool GIP excretion (µg/g of stool) a sandwich ELISA kit (iVYLISA GIP S®, Biomedal SL) was used and positive tests were categorized as ≥0.156 µg/g (lowest limit of detection), ≥0.32, and ≥0.64. For the qualitative evaluation of stool GIP, we employed an LFIA test (GlutenDetect®; Biomedal S.L).

Results: A total of 299 stool samples were collected during the study period. The ELISA test for stool GIP was >0.156 µg/g in 40.6%, ≥0.32 in 39.1%, and ≥0.64 in 23.4% of samples. (Table 1) The sensitivity of LFIA for detecting positive samples at the three different cut-offs varied from 43.9 to 53.3%. In contrast, specificities were high (varied from 83.7% to 88.8%). Agreement between the ELISA and LFIA tests varied from 70.9% and 76.7%. Finally, Cohen's kappa statistics evidenced a weak concordance between tests.

Conclusion: Our study found that the LFIA test has a lower sensitivity but adequate specificity and a good concordance when compared to the quantitative ELISA. Among other potential factors, the different combination of monoclonal antibodies employed between the immune methods and different extraction procedures for stool samples seems to be relevant. Furthermore, the higher detection limit and the requirement of higher levels of gluten exposure for a positive LFIA test seem to be factors contributing to its low sensitivity.

Relación entre prematuridad, método de nacimiento y trastornos del eje cerebro intestino en lactantes y preescolares de diferentes regiones de colombia

Velasco D[1], Velasco C[2]

[1]Universidad Libre Seccional Cali; [2]Universidad del Valle. Cali, Colombia - Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Cali. Cali, Colombia

Introducción: La fisiopatología de los trastornos eje cerebro-intestino (TECI) es incierta. Existen diferentes factores alteración en la motilidad intestinal, hipersensibilidad visceral, perturbaciones de mucosa/sistema inmune, entre otros. Algunos eventos de la vida temprana pueden relacionarse con la aparición de TECI, sin embargo, existe evidencia escasa.

Objetivo: Determinar la prevalencia de TECI y posibles asociaciones con prematurez y método de nacimiento en lactantes y preescolares (lactan/preescol).

Metodología: Estudio descriptivo tipo prevalencia. Se realizó el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátrico Roma IV a los padres de 4 ciudades/regiones colombianas (Florencia/Amazonía, Sotavento/Atlántica, Cali/Pacífica y Bogotá/Andina). Incluimos variables sociodemográficas (sexo, raza), clínicas (método de nacimiento, edad gestacional). El análisis estadístico incluyó análisis univariado y bivariado (OR e IC95%), p significativa <0,05.

Resultados: Participaron 1468 lactan/preescol entre 1 mes y 4 años (24,2+/-15,0). El 64,9% preescolares, 50,7% masculinos, 36,0% blancos y 47,8% pertenecían a Florencia/Amazonía. Del total de los niños, 54,3% (n=797) nacieron por cesárea, 12,6% (n=185) fueron prematuros y 2,5% (n=37) cesárea+prematurez. La prevalencia de TECI fue 26,6%, siendo los más comunes Estreñimiento Funcional (EF) (16,5%), Síndrome de Vómito Cíclico (SVC) (8,8%) y Cólico Infantil (4,0%). Hubo mayor oportunidad de presentar TECI cuando nacieron por cesárea (OR = 1.49 IC 95% = 1.17 – 1.91 p = 0.0008), muy prematuros (OR = 3.19 IC 95% = 1.55 – 6.61 p = 0.0003). En los que nacieron por cesárea existe mayor oportunidad de presentar EF (OR = 1.56 IC 95% = 1.20 - 2.04 p = 0.0005), mientras que los prematuros tienen mayor oportunidad de SVC (OR = 3.54 IC 95% = 2.27 – 5.43 p = 0.0000). Finalmente, aquellos con cesárea+prematurez presentaron mayor oportunidad de TECI (OR = 1.76 IC 95% = 21.18 – 2.61 p = 0.0032).

Conclusiones: La ¼ parte de los niños presentaron algún TECI, siendo el más frecuente EF. Nuestros hallazgos proporcionan evidencia de que el nacimiento por cesárea y la prematurez son factores de riesgo para el desarrollo de TECI, especialmente EF y SVC.

Trastornos del sueño y del eje cerebro intestino en escolares y adolescentes con dolor abdominal

Velasco-Suárez D[1], Velasco-Benítez C[2], Saps M[3], Santucci N[4]

[1]Universidad Libre Seccional Cali. Cali, Colombia, Cali, Colombia; [2]Universidad del Valle. Cali, Colombia - Hospital Universitario del Valle "Evaristo García". Cali, Colombia, Cali, Colombia; [3]Universidad de Miami, Miami, Estados Unidos (EEUU); [4]Cincinnati Children's Hospital. Ohio, Estados Unidos., Ohio, Estados Unidos (EEUU)

Introducción: Existe relación entre sueño y dolor. Los trastornos del sueño (TS) aumentan el riesgo de dolor. Asimismo, el dolor puede alterar el sueño. Hay poca literatura sobre el impacto de TS en adolescentes con dolor abdominal (DA).

Objetivo: Determinar las características del sueño en niños con trastornos del eje cerebro intestino (TECI) asociados a DA (TECI-DA) en comparación con sanos.

Metodología: Incluimos 120 niños entre 11-18 años. Respondieron el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos Roma IV para identificar TECI; la Escala abreviada de sueño/vigilia para adolescentes (*ASWS*); el Índice de gravedad del insomnio pediátrico; la Escala de somnolencia de Epworth, los PROMIS disturbio y deterioro del sueño; y los padres respondieron el Cuestionario inventario higiene del sueño. Los casos TECI-DA fueron emparejados 1:1 con los controles.

Resultados: 60 casos y 60 controles 13,9±1,9 años. Los niños con TECI-DA tuvieron peor calidad de sueño. Requerían más de 30 minutos para quedarse dormidos (p = 0.047), mayor somnolencia diurna excesiva (SDE) (p=0,002), más jadeo/resoplo/ahogo (p = 0.031) y pesadillas (p = 0.013) que los sanos. No hubo diferencia entre el total de horas de sueño, ronquidos, pausas respiratorias, sonambulismo o movimiento de piernas entre los grupos. Similarmente, exceptuando niveles de estrés en los casos (p = 0.012), no difirieron en consumo de cafeína, tiempo transcurrido entre la cena y dormir o actividades previas a dormir. Los niños con TECI-DA tuvieron menor puntaje en la encuesta *ASWS* (p = 0.0000) sugiriendo peor calidad de sueño, mayor severidad de insomnio (p = 0.0009), TS (p = 0.0000), deterioro relacionado con el sueño (p = 0.0001), SDE (p = 0.002) y mayor puntaje en la encuesta de higiene del sueño (p = 0.014).

Conclusiones: Los niños con TECI-DA tienen peor calidad de sueño, insomnio, SDE, TS y deterioro relacionado con el sueño comparado con los controles. Son necesarios estudios para correlacionar los síntomas gastrointestinales y los TS.

Estimulación transcutánea del nervio tibial posterior como terapia no invasiva de neuromodulación en niños con estreñimiento funcional

Velasco-Suárez D[1], Velasco-Benítez C[2], Villamarín E[3], Chanis R[4], Vargas R[5], Julio E[6], Saps M[7]

[1]Universidad Libre Seccional Cali. Cali, Colombia, Cali, Colombia; [2]Universidad del Valle. Cali, Colombia - Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Cali, Colombia, Cali, Colombia; [3]Universidad del Valle. Cali, Colombia - Hospital Mario Correa Rengifo, Cali, Colombia; [4]Hospital del Niño. Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá., Ciudad de Panamá, Panamá; [5]Licenciado en Fisioterapia Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel Panamá. Ciudad de Panamá, Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá; [6]Gastropediatra Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel Panamá. Ciudad de Panamá,

Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá; [7]University of Miami, Miami, FL, Estados Unidos, Miami, Estados Unidos (EEUU)

Introducción: La estimulación transcutánea del nervio tibial posterior (ETTP) en niños con Estreñimiento Funcional (EF), se ha relacionado con mejoría en la consistencia de las heces, incontinencia fecal, dolor abdominal y hematoquecia. La ETTP podría considerarse un tratamiento no invasivo prometedor para el manejo del EF en niños.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de 5 versus 10 sesiones de ETTP para el tratamiento de EF en niños.

Metodología: Estudio prospectivo de intervención, realizado en Colombia y Panamá. Incluyó niños entre 4 y 18 años diagnosticados con EF según los Criterios de Roma IV. Recibieron cinco (grupo I, n = 37) o diez (Grupo II, n = 20) sesiones diarias de ETTP (30 min/día). Los resultados se evaluaron durante el tratamiento y a los 15, 30, 60 y 90 días después.

Resultados: Completaron el estudio 57 niños (7.1 ± 2.8 años, 54.2% mujeres). Durante el tratamiento, encontramos una mejora significativa en la consistencia de las heces ($p < 0.05$), la frecuencia de deposiciones ($p < 0.01$) e intensidad del dolor abdominal ($p < 0.01$). Después del tratamiento, en el grupo I, encontramos mejoría en la consistencia ($p = 0.004$), presencia de sangre ($p = 0.008$) y dolor abdominal ($p = 0.000$) y en el grupo II encontramos una mejora en la consistencia de las deposiciones ($p = 0.016$). El 93,9% reportó satisfacción con el tratamiento y mejor calidad de vida durante el tratamiento y durante seguimiento a los 15, 30, 60 y 90 días ($p < 0.01$). Cuatro niños del grupo I y cinco niños del grupo II (25.0%) requirieron terapia de rescate (10.8% vs 25.0%, $p = 0.154$).

Conclusión: Durante el tratamiento con ETTP, encontramos una mejora significativa en la consistencia, frecuencia de deposiciones, intensidad del dolor abdominal y calidad de vida. Esto sugiere que la ETTP podría ser un tratamiento no invasivo prometedor para EF en niños.

¿Cuándo consideran los padres que su hijo con trastorno del eje cerebro intestino está mejor? Un enfoque en el ausentismo escolar y actividades sociales

Velasco-Suárez D[1], Velasco-Benítez C[2], Higuera M[3], Ortíz C[2], Bigliardi R[4], Fernández J[5], Zubiri C[4], Zosi A[4], Mortarini A[4], Reynoso F[6], Macias J[4], Espriu M[4], Rivera Y[4], Salvador A[4], Fragoso T[4], Zablah R[7], Mejía M[4], Garcete L[4], Gúzman C[4], Chanis R[8], Ruiz C[4], Saps M[9], Van Tilburg M[10]

[1]Universidad Libre Seccional Cali. Cali, Colombia, Cali, Colombia; [2]Universidad del Valle. Cali, Colombia - Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Cali, Colombia, Cali, Colombia; [3]Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia - Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia, Bogotá, Colombia; [4]Functional International Digestive Epidemiological Research Survey - FINDERS, Cali, ColombiaFunctional International Digestive Epidemiological Research Survey - FINDERS, Buenos Aires, Argentina; [5]Hospital Nacional Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina., Buenos Aires, Argentina; [6]Hospital Universitario de Puebla, BUAP. Puebla, México., Puebla, México; [7]Clínica de Gastroenterología Pediátrica Dr. Roberto Zablah, San Salvador, El Salvador., El Salvador, El Salvador; [8]Hospital del Niño. Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá., Ciudad de Panamá, Panamá; [9]Universidad de Miami. Miami FL EE.UU, Miami, Estados Unidos (EEUU); [10]University of North Carolina, Chapel Hill, NC, Estados Unidos., North Carolina, Estados Unidos (EEUU)

Introducción: Los Trastornos del Eje Cerebro Intestino (TECI) tienen impacto negativo en las actividades cotidianas de los niños. Muchos faltan al colegio o actividades sociales debido a su TECI. Aunque el tratamiento está enfocado en reducir síntomas y discapacidad, no sabemos qué nivel de discapacidad es aceptable por las familias.

Objetivo: Describir las ausencias escolares/actividades sociales de niños con TECI y relacionar con la percepción de padres.

Metodología: Gastroenterólogos pediatras de 11 países Latinoamericanos preguntaron a los padres de niños con TECI, cuántos días durante el mes pasado sus hijos se ausentaron en el colegio/actividades sociales debido a su TECI y cuántos días consideran faltarían si se sintieran "un poco o mucho mejor."

Resultados: Participaron 165 padres (89,1% femeninos) 166 niños (8,4+/-3,5 años, 51,2% femenino). El 42,8% estreñimiento funcional, 33,7% dolor abdominal funcional, 12,1% síndrome de intestino irritable y 11,4% otro. Incluimos solo niños que faltaron mínimo un día al colegio (53,3%) o actividad social (32,5%). En promedio, los padres consideraron "un poco mejor" a sus hijos cuando faltaron al colegio 3,30+/-3,30 días y "mucho mejor" 3,33+/-3,3 días (rango 1-20 días). Para las actividades sociales "un poco mejor" 2,47+/-2,60 días y 2,52+/-4,3 días "mucho mejor" (rango 1-30 días). La mayoría de los padres indicaron que ellos considerarían una mejora si sus hijos se ausentaran 0 días. Los padres consideraron que su hijo estaba "un poco mejor" (79,5%) y "mucho mejor" (93,2%) cuando no faltó ningún día al colegio y "un poco mejor" (70,4%) y "mucho mejor" (88,9%) cuando no faltó a otras actividades.

Conclusiones: Los padres consideraron una mejora en sus hijos cuando no faltaron al colegio/actividades sociales. Es deber del personal médico educar a los padres sobre discapacidad y mejorar ausencias escolares/sociales de los niños.

Trastornos del eje cerebro intestino en niños latinoamericanos con trastornos del espectro autista

Velasco-Suárez D[1], Velasco-Benítez C[2], Rojas C[2], Fernández J[3], Zubiri C[4], Zosi A[4], Bigliardi R[4], Chanis R[5], Zablah R[6], Gúzman C[7], Reynoso F[8]

[1]Universidad Libre Seccional Cali. Cali, Colombia, Cali, Colombia; [2]Universidad del Valle. Cali, Colombia - Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Cali, Colombia, Cali, Colombia; [3]Hospital Nacional Alejandro Posadas, Buenos Aires, Argentina, Buenos Aires, Argentina; [4]Functional International Digestive Epidemiological Research Survey - FINDERS, Buenos Aires, Argentina; [5]Hospital del Niño. Dr. José Renán Esquivel, Ciudad de Panamá, Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá; [6]Clínica de Gastroenterología Pediátrica Dr. Roberto Zablah, San Salvador, El Salvador., El Salvador, El Salvador; [7]Gastropediatra Costa Rica, Costa Rica, Costa Rica; [8]Hospital Universitario de Puebla, BUAP. Puebla, México., Puebla, México

Introducción: La prevalencia de Trastornos del Eje Cerebro-Intestino (TECI) según los Criterios Roma IV es 22,0% en lactantes y pre-escolares y 23,0% en escolares y adolescentes (escol/adoles), siendo el principal en ambos grupos de edad, Estreñimiento Funcional (EF).

Objetivo: Identificar en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), la prevalencia de TECI según los Criterios Roma IV.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado en padres de niños entre 2-18 años de Suramérica (Argentina y Colombia) y Centroamérica (Panamá, El Salvador, Costa Rica y México) quienes respondieron el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos Roma IV. Se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, raza), clínicas (cesárea, prematurez, estado nutricional, comorbilidades), familiares (hijo único, primogénito, padres separados/divorciados) y nutricionales. Se realizó análisis univariado y bivariado con OR e IC95%, siendo significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Incluimos 402 niños (78,4% masculinos; 56,7% blancos; 55,5% centroamericanos); 56,6% eutróficos según el IMC; 86,4% eutróficos según TE; 35,1% hijos únicos; 55,2% primogénitos; 26,1% con padres separados/divorciados; 3,5% con TECI intra-familiar; 4,7% con autismo familiar y 22,6% con comorbilidades. El 12,2% de los pre-escolares y 59,1% de los escol/adoles presentaron algún TECI. Los TECI más frecuentes fueron Vómito Cíclico (VC) en pre-escolares (10,2%) y EF en escol/adoles (27,2%). Hubo mayor oportunidad de TECI en escolares (OR=2,18 IC95%=1,37-3,50 p=0,0005), originarios de Centroamérica (OR=2,02 IC95%=1,33-3,07 p=0,0005), específicamente Costa Rica (OR=2,32 IC95%=1,20-4,62 p=0,0067) y México (OR=1,95 IC95%=0,98-4,09 p=0,0425) y menor oportunidad de TECI en los que asistían a colegio privado (OR=0,59 IC95%=0,37-0,96 p=0,0254).

Conclusiones: Los TECI en niños latinoamericanos con TEA, fueron más frecuentes en escolares y originarios de Centroamérica; siendo dos y media veces más prevalentes en los escol/adoles comparados con la población mundial general; presentándose el VC como el principal TECI en los pre-escolares.

Trastornos del sueño y estreñimiento en escolares y adolescentes de una institución educativa privada de Cali, Colombia

Velasco-Suárez D[1], Velasco-Benítez C[2]

[1]Universidad Libre Seccional Cali; [2]Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle "Evaristo García". Cali, Colombia

Introducción: El estreñimiento Funcional (EF) en niños es un problema de salud, la prevalencia mundial está entre 0,5-32%. Asimismo, la prevalencia de trastornos del sueño (TS) es 3,7%. Actualmente son escasos los resultados de investigación en escolares y adolescentes (escol/adoles) sobre TS y su relación con Trastornos del Eje Cerebro Intestino (TECI).

Objetivo: Determinar las características del sueño en niños con TECI asociados a EF (TECI-EF) en comparación con sanos.

Metodología: Estudio de casos y controles. Incluimos 170 escol/adoles entre 11-18 años. Respondieron el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos Roma IV para identificar TECI; la Escala abreviada de sueño y vigilia para adolescentes (*ASWS*); el Índice de gravedad del insomnio pediátrico; la Escala de somnolencia de Epworth, los PROMIS disturbio y deterioro relacionados con el sueño; y los padres respondieron el Cuestionario inventario higiene del sueño.

Resultados: 85 casos y 85 controles de 14,1+/-1,8 años, el 77,7% (n=132) eran adolescentes, 55,3% (n = 94) mestizos. Los niños con TECI-EF tuvieron peor calidad de sueño. Requerían más de 30 minutos para quedarse dormidos ($p = 0.025$), demoraban más tiempo para despertar ($p = 0.025$) y presentaron más somnolencia diurna ($p = 0.046$). Presentaron menor puntaje en la encuesta *ASWS* sugiriendo mayores alteraciones a nivel de sueño y vigilia (0.0008), elevados niveles de insomnio ($p = 0.0126$), un alto nivel de somnolencia diurna excesiva ($p = 0.007$), más movimientos de piernas durante el sueño ($p = 0.013$) y mayor deterioro relacionado con el sueño ($p = 0.0259$). No hubo diferencias significativas en duración del sueño, consumo de cafeína, actividades previas a dormir, ronquidos, pausas respiratorias o pesadillas.

Conclusión: Los niños con TECI-EF tienen peor calidad de sueño, más insomnio, altos niveles de somnolencia diurna excesiva y mayor deterioro relacionado con el sueño comparado con los controles. Es importante educar a los padres sobre los trastornos del sueño y su relación con los TECI.

Hemorragia digestiva alta en pacientes con chikungunya: epidemiología, características clínicas y manejo en el servicio de gastroenterología del Instituto de Previsión Social

Diaz M, Cantero G, Huespe L, Sosa P, Villalba J

Instituto de Previsión Social Paraguay, Asunción, Paraguay

Introducción: El virus chikungunya es un alfavirus transmitido por mosquitos, es recurrente en las olas epidémicas. Las hemorragias que se producen en chikungunya son el producto de las lesiones en el endotelio vascular.

Objetivos: caracterizar a los pacientes con chikungunya que presentaron hemorragia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del instituto de previsión social, período diciembre del 2022 hasta junio del 2023. ¿cuáles son los hallazgos endoscópicos en los pacientes con chikungunya que presentaron hemorragia digestiva alta?

Métodos: Observacional, descriptivo de corte transversal de dónde se extrajeron los datos, utilizamos excel para la elaboración de la planilla y el análisis correspondiente.

Resultados: Fueron incluidos 77 pacientes, con edad promedio de 68 ±20; de ellos (54,5%) hombres (45,5%) mujeres. La forma de presentación más frecuente es la melena (26,1%). Los hallazgos endoscópicos más frecuentes son las úlceras gástricas (24,6%), úlceras duodenales (17,7%), várices esofágicas (3,0%), GAVE (2,3%) y sin hallazgos (10%). En la clasificación de Forrest, se observó mayor prevalencia en el Forrest III (37,3%). El momento de aparición de la hemorragia digestiva según el tiempo de la enfermedad en un (61%) en la primera semana y en la segunda semana (39%). Los factores de riesgo asociados según el momento de la hemorragia son la plaquetopenia <150.000 en (100%), tiempo de tromboplastina <70 % (89,3%) consumo de AINES (91,5%) en la segunda semana se describe plaquetopenia <150.000 en (53,3%), tiempo de tromboplastina <70% (26,6%) y el consumo de AINES (73,3%).

Conclusión: En el estudio la enfermedad ulceropéptica es la causa más frecuente, la mayor prevalencia de hemorragia se presenta en la primera semana de la enfermedad, esto se debe que en la primera semana encontramos mayor disfunción plaquetaria y afectación del tiempo de tromboplastina, en la segunda semana las hemorragias se asociaron con el mayor consumo de AINES.

Helicobacter pylori y la gastritis crónica superficial alteran el patrón mucoso del cuerpo gástrico: una barrera para el diagnóstico endoscópico de lesiones gástricas premalignas

Arteaga M[1], Corsi O[2], Uribe J[2], Jara C[2], Valdés A[2], Gonzlez F[2], Pastore A[2], Torres J[2], Latorre G[2], CANDIA R[2]

[1]U. Católica de la Santísima Concepción, Chillan, Chile; [2]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

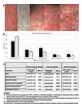
Introducción: La alteración del patrón mucoso del cuerpo gástrico (PM-CG) suele utilizarse para detectar lesiones premalignas, como gastritis crónica atrófica (GCA) y metaplasia intestinal (MI). Lamentablemente, parecen existir otros factores que modifican dicho patrón, dificultando el diagnóstico de lesiones premalignas.

Objetivo: Identificar factores que alteran el PM-CG.

Métodos: Estudio transversal en pacientes sometidos a endoscopía (equipos Olympus series 170-190 con NBI) y biopsias protocolo Sydney. El PM-CG fue categorizado en: redondo, levemente alargado, antralizado y antro-velloso (patrón antralizado-ancho y/o velloso) (figura 1). Se realizaron análisis univariados y multivariados (regresión logística).

Resultados: Se analizaron 353 pacientes, 57.8% mujeres, edad 55±12 años, el 39.7% usaba inhibidores de bomba de protones; 37.1% tenía infección por *Helicobacter pylori* (HP). Endoscópicamente, el 49.3% tenía exclusivamente PM-CG redondo, el 26.3% tenía PM-CG levemente alargado, 29.2% tenía áreas con PM-CG antralizado y el 17% PM-CG antro-velloso. Histológicamente, el 32.6% tenía gastritis crónica superficial (GCS) moderada-severa, 18.7% GCA moderada-severa, 19.3% MI. En los análisis univariados, los factores asociados a PM-CG levemente alargado fueron la infección HP y la GCS (p<.015); los factores asociados a PM-CG antralizado y antro-velloso fueron la edad, GCS, GCA y MI (p<.01). Los análisis multivariados fueron ajustados por edad, sexo, HP, GCS y GCA. Sólo la infección HP se asoció independientemente a PM-CG levemente alargado (OR: 2.3 [IC95%: 1.3-4.1]). La edad (OR: 1.03 [1.01-1.05]), la GCS (OR: 2.2 [1.02-4.8]), la GCA moderada-severa (OR: 8.5 [3.7-19.3]) y la MI (OR: 2.7 [1.2-6.1]) se asociaron independientemente a PM-CG antralizado. La GCS moderada-severa (OR: 3.2 [1.03-10.2]) y la MI (OR: 5.5 [2.3-12.9]) se asociaron independientemente a PM-CG antro-velloso (figura 1).

Conclusión: La infección HP y la GCS moderada-severa alteran el PM-CG, lo que puede disminuir el rendimiento de la endoscopía para el diagnóstico de lesiones premalignas. Futuros estudios deben validar estos hallazgos.



Prevalence in a chilean IBD cohort of genetic risk variants associated to adverse events to thiopurines.

Pérez T[1], Bustamante M[2], Aguilar N[3], Magne F[2], Azocar L[3], Hernandez C[3], Estela R[4], Escobar S[4], Zazueta A[2], Baez P[2], De la Vega A[4], Arriagada E[4], Silva V[4], Pavez C[5], Candia R[5], Onetto G[4], Gonzalez M[4], Segovia R[6], Miquel J[5], Alvarez M[5]

[1]1.Pontificia Universidad Católica de Chile. 2 Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile; [2]Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [4]Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile; [5]Pontificia Universidad Catolica, Santiago, Chile; [6]Red Salud Arauco, Santiago, Chile

Background: Thiopurines are commonly used treatments for patients with Inflammatory Bowel Disease (IBD) in Chile. However, thiopurines can induce adverse events (AEs) such as myelotoxicity and pancreatitis. Genetic variants have been identified that increase the risk of these AEs, including variants in the nudix hydrolase-15 (NUDT15) and Thiopurine-S-methyltransferase (TPMT) genes, which are involved in thiopurine metabolism and related to myelotoxicity.

Objective: To evaluate the prevalence of genetic variants and risk alleles associated with AEs to thiopurines in Chilean IBD patients and compare their frequencies with those in other populations. Method. We genotyped 192 IBD patients using Illumina screening array for 725,497 single nucleotide polymorphisms (SNPs). We identified SNPs associated with thiopurine AEs in IBD patients by searching the GWAS catalog and then looked for these SNPs among the genotyped Chilean IBD patients.

Results: A total 20 SNPs were identified in the GWAS catalog. We found that only four genetic variants were present in our cohort. The three variants related to myelotoxicity had infrequent risk alleles, which suggests that these variants may not be major contributors to myelotoxicity in Chilean IBD patients. However, the prevalence of the risk allele rs6935723-C for pancreatitis was relatively high at 0.33 (Table 1).

Conclusion: Our study sheds light on the prevalence of genetic variants linked to thiopurine-induced adverse events in Chilean IBD patients. Frequencies of these variants vary among different populations, which may have implications for the use of thiopurines in different ethnic groups. Genetic testing may be useful in identifying patients who are at risk for thiopurine-induced pancreatitis and could help guide treatment decisions. Further research is needed to confirm and explore the clinical implications of genetic testing in this population.



References. References 1. GWAS catalog 2.Ensembl.org

Genetic variants in IBD chilean patients are related to clinical outcomes

Perez T[1], Bustamante M[2], Aguilar N[1], Baez P[2], Magne F[2], Hernandez C[1], Azocar L[1], Estela R[3], Escobar S[3], Zazueta A[2], De la Vega A[3], Arriagada E[3], Silva V[3], Pavez C[1], Candia R[1], Onetto G[3], Gonzalez M[3], Segovia R[4], Miquel J[1], Alvarez M[1], Alvarez D[5]

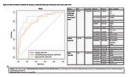
[1]Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile; [2]Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Hospital San Borja, Santiago, Chile; [4]Red Salud Arauco, Santiago, Chile; [5]University of Cambridge, Cambridge, Unión Europea

Background: IBD genetics research has primarily focused on Causasian populations, resulting in underrepresentation of Latin populations in these studies.

Method: 192 Chilean individuals with IBD (145 UC and 47 CD) were genotyped using Illumina GSA Arrays. From IBD GWAS (Jostin et al. and Liu et al.), we selected gene variants related to IBD. Then, we built a Chilean dataset (clinical-genotype information). Using this dataset, we performed a Spearman correlation matrix to correlate clinical outcomes with IBD variants. Further, we built regression models to predict the clinical outcomes using the variants obtained from the correlation matrix (p <0.05). The best models were selected using significance testing or likelihood-based information criterion, such as the Akaike Information Criterion (AIC), and plotted using a Receiver Operating Characteristic Curve (ROC). Finally, to evaluate the association among variants in each model, we perform a Gene Ontology biological process enrichment analysis using PANTHER (Fisher, FDR).

Results: As shown in Figure 1, the best predictive regression models (more than 80%) for the clinical outcomes were surgery, clinical/endoscopy remission for more than five years, and naïve anti-TNF. Association with genetic variants was observed significantly (p<0.05) in the enrichment analysis for the model Clinical/endoscopy remission of more than five years. Finally, for each variant in this model, a Chi-square test was conducted to determine whether there was a significant difference among patients genotypes in terms of clinical/endoscopic prolonged remission outcome (yes/no). The analysis revealed significant differences for the following variants: rs6837335, rs11742570, rs7134599, and rs6142618.

Conclusion: Candidates' genes related to clinical outcomes in our Chilean IBD cohort were related to epithelial, innate, and adaptative immune responses and host-microbial interactions. Future research is needed to validate these findings.



Effect of AN-PEP protease on involuntary gluten intake and symptoms in the real-life of patients with celiac disease on a gluten-free

Stefanolo J[1], Segura V[2], Grizutti M[1], Heredia A[2], Comino I[2], Costa A[1], Puebla R[1], Temprano M[1], Niveloni S[1], de Diego G[3], Oregui M[1], SMECUOL E[1], De Marzi M[3], Verdú E[4], Bai J[5]

[1]Hospital de Gastroenterología "Dr. C. Bonorino Udaondo", Buenos Aires, Argentina; [2]University of Seville, Sevilla, España; [3]National University of Lujan, Luján, Argentina; [4]Mc Master University, Hamilton, Canadá; [5]Del Salvador University, Buenos Aires, Argentina

Background/Aim: To examine the effects of orally administered *Aspergillus niger* endopeptidase (AN-PEP) on inadvertent gluten exposure and symptom prevention in real-life patients with celiac disease (CeD) consuming a gluten-free diet (GFD).

Methods: This exploratory, double-blind, randomized, placebo-controlled trial enrolled patients with CeD. After four-week run-in period, patients were randomized to 4-week treatment with 2 AN-PEP capsules at each of 3 meals/day, or placebo. AN-PEP capsule contained 325 mg of 70% AN-PEP (GliadinX. AVI Research LLC; USA). Outcome endpoints were the changes in 1- the stool gluten immunogenic peptides (GIP) concentrations; 2- the Celiac Symptom Index (CSI); 3- CeD-specific serology and, 4- the quality of life. During run-ins and treatments, samples were collected for GIP measurement by ELISA (Biomedal S.L., Seville, Spain) every Tuesday and Friday.

Results: 40 patients were randomized to the intention-to-treat analysis. Overall, 628/640 (98.1%) possible stool samples were collected. GIP was undetectable (<0.08 µg/g) in 65.6% of samples without differing arms. Only 0.5% of samples had isolated stool GIP concentrations sufficiently high (>0.32µg/g) to cause mucosal damage potentially. Compared with the run-in period, the median GIP concentration in the AN-PEP arm was 44.7% lower after treatment. Furthermore, 35.6% of patients in AN-PEP had an average stool GIP >0.180 µg/g reduced (>50% of run-in concentrations) or exhibited undetectable GIP after treatment. The AN-PEP significantly reduced the proportion of patients with a CSI >38 (severe symptoms) compared to the run-in (*McNemar*: p<0.03). Treatments did not detect changes in the specific serology.

Conclusions: This exploratory study, conducted in a real-life setting, revealed that patients exhibited high adherence to the GFD. Specifically, patients with an average stool GIP >180 µg/g during the run-in period experienced reduced gluten exposure when consuming AN-PEP and a significantly lower prevalence of more severe symptomatic cases by AN-PEP treatment.

Pérdida de respuesta a terapia anti-TNF en pacientes con enfermedad de crohn

ARENAS A[1], Ruedi D[2], Meyer W[3], Sepúlveda C[3], Barela E[3], Yovanovich P[3], Urra A[3], Ruiz C[3], Zúñiga M[3], Walsen G[1]

[1]Hospital Sótero del Río/ Clínica Alemana, Santiago, Chile; [2]Facultad de Medicina UDD, Santiago, Chile; [3]Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

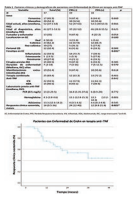
Introducción: Los antagonistas del factor de necrosis tumoral-α (anti-TNFα) han tenido un rol fundamental en el manejo de la Enfermedad de Crohn (EC). A pesar de tener una gran efectividad, muchos pacientes no responden a la terapia de inducción y/o pierden respuesta durante el tratamiento en mantención (pérdida de respuesta secundaria-PRS).

Objetivos: Describir la tasa de PRS y evaluar probables factores de riesgo asociadas, en una cohorte de pacientes EC en terapia anti-TNF (beneficiarios Ley Ricarte Soto).

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes EC en terapia anti-TNF, beneficiarios de LRS desde 2018-2023, en Hospital Sótero del Río. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de tratamiento de los pacientes. Se definió PRS: necesidad de intensificar dosis, cambio de terapia biológica o cirugía.

Resultados: De 40 pacientes, 3 (7.5%) tuvieron falla primaria. Se incluyeron 37 pacientes en el análisis. 54.1% sexo masculino, mediana edad 52 (37,5-63). Localización predominio colónico (62%) y fenotipo inflamatorio (59.5%). Enfermedad perianal 32,4%, y cirugías previas 40,5%. Uso de terapia combinada en un 69.4% e Infliximab 59,5% - Adalimumab 40,5%. La tasa PRS al año fue 24% (9/37) y 48,6% (18/37) a los 60 meses de seguimiento (6 intensificación; 4 cirugía; 8 cambio biológico). Del grupo con PRS, la mediana de respuesta clínica sostenida fue 12 meses (8,8-21,8), lo cual fue menor significativamente en comparación con el grupo sin PRS (p=0.025). En el subanálisis, el fenotipo complicado (penetrante más estenosante) tuvo mayor tasa PRS (p=0.035).

Conclusiones: Actualmente es un gran desafío prevenir la PRS. En nuestro trabajo se obtuvo una tasa PRS total similar a la descrita. Además, se observó un predominio de fenotipo estenosante y penetrante en quienes tuvieron PRS. Se necesitan ensayos clínicos para determinar cuáles son principales factores de riesgo y qué intervenciones podrían disminuir PRS, en un contexto de limitado acceso a otras terapias.



Tratamiento de la distensión abdominal y constipación funcionales con respiración diafragmática y auto masaje colónico

SQUELLA F[1], Cancino C[2], Guaricoto D[2], Mora D[2]

[1]Indisa/Universidad Andres Bello, Santiago, Chile; [2]Cedif, Santiago, Chile

Introducción: La distensión abdominal funcional (DAF)se presenta hasta en un 30% de la población y la constipación funcional (CF)en un 17% y algunos estudios han propuesto que su génesis sería una actividad no coordinada de la Pared Abdominal, por lo que optimizando esta condición pudiera mejorarse tanto su sintomatología como los movimientos defecatorios.

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica de la respiración diafragmática en conjunto con el auto masaje colónico en la reducción de sintomatología de la DAF y CF.

Material y métodos: Se incluyeron Pacientes con DAF y CF según criterios de ROMA IV. Se inició dieta con 30 gr de fibra soluble, se suspendió todo tipo de medicamentos digestivos. Se realizó técnica de respiración diafragmática dos veces por día, combinada con auto masaje colónico de 10 min de duración, según protocolo de la universidad de Michigan. Se comparó la disminución de la distensión, y la frecuencia defecatoria a los 30 días de tratamiento mediante el T test para muestras pareadas.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, edad promedio 42 +- 4 años, 74 % sexo femenino. Se documentó disminución de la sensación de distensión abdominal en un 59 % en relación al basal con P < 0.05, y mejoría defecatoria en un 31 % de los movimientos defecatorios en relación al basal con p < 0.05.

Conclusion: La respiración diafragmática combinada con el auto masaje colónico disminuye en forma significativa la sensación de distensión y frecuencia defecatoria en la distensión abdominal y constipación funcionales.

Ácidos biliares séricos en la COVID-19

PIÑOL F

Centro Nacional de Cirugía Mínimo Acceso, La Habana, Cuba

Introducción: Los ácidos biliares son moléculas de señalización con acciones biológicas de control inmunitario, metabolico y de la microbiota intestinal. En concentraciones séricas altas incrementan la respuesta inflamatoria desde el eje hepatointestinal, hasta causar fallo multiorgánico y muerte, por lo que pudiera estar asociado a la evolución de los estadios clínico de la COVID-19, como consecuencia del daño tisular y metabólico originado por el SARS-CoV2. Tema de interes clínico e investigativa a nivel internacional.

Objetivo: Estudiar y caracterizar preliminarmente a pacientes que ingresaron con diagnóstico de COVID-19 y niveles altos de ácidos biliares séricos.

Método: se realizó un estudio exploratorio preliminar de 28 pacientes (17 mujeres, 11 hombres, edades desde 19 hasta 92 años) con COVID-19 y niveles altos (> 10.1µmmol/L) de ácidos biliares séricos al ingreso, atendidos en el Hospital Luis Díaz Soto, desde septiembre hasta noviembre de 2021. Se utilizaron técnicas estadisticas descriptivas.

Resultados: El valor promedio de los ácidos biliares alto (rango normal < 10 µmmol/L y altos > 10.1 µmmol/L) séricos fue de 23.9 µmmol/L, y prevalecieron los estadios graves y críticos. Todos los pacientes tuvieron hemoquímica por encima de su rango normal: glucemia (rango normal 3.2 -6.2 mmol/l), colesterol (rango normal 3.9 – 5.2 mmol/l), gamma-glutamil transpeptidasa (GGT: 9- 36 U/L) con predominio de hiper gamma-glutamil transpeptidasa con un valor promedio de 85.9 U/L.

Conclusiones: Se sugieren que los niveles altos de ácidos biliares séricos > 10.1 µmmol/L participan en la evolución clínica de la COVID-19. Primer estudio cubano y latinoamaericano de niveles altos de ácidos biliares séricos en la COVID-19.

Erradicacion de helicobacter pylori según el grado de obesidad

LAUDANNO O[1], Ahumarán G[2], Thomé M[3], Gollo P[2], Gonzalez P[4], Khoury M[5], Golman C[6]

[1]Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo, Buenos Aires, Argentina; [2]Hospital C Bocalandro, Buenos Aires, Argentina; [3]Hospital Eva Perón, Buenos Aires, Argentina;

[4]Sanatorio La Trinidad, Buenos Aires, Argentina; [5]Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Buenos Aires, Argentina; [6]Facultad de Farmacia y Bioquímica, CONICET, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

La eficacia del tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* es influenciada por la resistencia a los antibióticos, la adherencia al tratamiento y posiblemente por la obesidad. Los pacientes obesos presentan cambios fisiológicos que afectan el volumen de distribución y clearence de muchos antibióticos. A pesar de su elevada prevalencia, se dispone de escasos datos en esta población.

Objetivo: Explorar si el grado de obesidad afecta la erradicación de *H. pylori*.

Métodos: Análisis post-hoc de 2 estudios prospectivos multicéntricos que incluyeron 129 pacientes obesos pre-cirugía bariátrica y 75 pacientes con peso normal, todos *H. pylori* positivos por estudio histopatológico. Los pacientes fueron tratados con un esquema cuádruple concomitante basado en inhibidores bomba de protones (40mg), amoxicilina (1g), metronidazol (500mg) y claritromicina (500mg), 2 veces al día por 14 días. A las 4-6 semanas se determinó la erradicación de *H. pylori* con test del aire espirado. Los pacientes fueron divididos para su análisis en Grupo 1 (normopeso IMC 19.0-25.0), Grupo 2 (IMC 35.0-39.9), Grupo 3 (IMC 40.0-49.9) y Grupo 4 constituido por súper-obesos (IMC >50). Para comparar los grupos se utilizó la prueba de Krustal-Wallis o Chi-cuadrado. Los Odds Ratio (OR) se calcularon mediante regresión logística individual y múltiple.

Resultados: La tasa de erradicación global fue 88% (66/75; IC95%,0.80-0.97) en pacientes con normopeso (Grupo 1) vs. 68% (88/129; IC95%,0.60-0.77) en pacientes obesos (P<0.01; OR=3.41). La erradicación fue exitosa en 78% del Grupo 2 (42/54; IC95%,0.67-0.90), 67% del Grupo 3 (31/46; IC95%,0.54-0.80) y 51% del Grupo 4 (15/29; IC95%,0.34-0.72). La diferencia fue significativa entre los Grupos 1 y 4 (P=0,000; OR=0.14) y entre los grupos 1 y 3 (P=0,008; OR=0.28), aún al ajustar por edad.

Conclusiones: La obesidad mórbida afecta la erradicación de *H. pylori*. Son necesarias nuevas estrategias de tratamiento para este grupo de pacientes.

Experiencia en cápsula endoscópica en un hospital de especialidades de quito, ecuador

Escudero P[1], Orellana I[1], Arteaga A[2], Miranda E[2]

[1]AXXIS Hospital de Especialidades, Quito, Ecuador; [2]Universidad Internacional del Ecuador, Quito, Ecuador

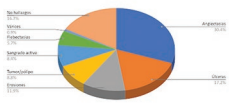
Introducción: Desde el año 2001, en que fue aprobada para el estudio de patología de intestino delgado por la FDA, la cápsula endoscópica ha permitido realizar una evaluación no invasiva del mismo, siendo su principal indicación el estudio de la hemorragia de intestino medio. En nuestro centro se realiza desde el año 2010.

Objetivos: Documentar la experiencia en realización de cápsula endoscópica en nuestro centro y determinar el rendimiento diagnóstico de la misma en pacientes con sangrado intermedio.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal acerca de la experiencia de los estudios realizados con cápsula endoscópica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital AXXIS desde el año 2010 hasta el 2023.

Resultados: Se registraron 277 estudios, de los cuáles, 55,24% fueron hombres y la media de edad fue de 55,57 años. El motivo de realización de estudio más común fue sangrado (73.29%), siendo el sangrado de intestino medio (53.09%) el más prevalente. La causa más frecuente de hemorragia fue la presencia de angiectasias (30.42%), seguido por úlceras (17.18%), erosiones (11.89%), tumores/pólipos (8.81%), sangrado activo no filiado (8.37%). No se identificó la causa en el 16.74% de los estudios. En el 83.26% de los pacientes que acudieron por sangrado, se pudo identificar la etiología de sangrado. Existieron limitaciones en el 13%, de las cuales en el 86% no se llegó a visualizar el colon y en el 14% se evidenció mala preparación colónica. No se reportaron casos de retención de la cápsula más allá de las 2 semanas.

FIGURA #1: ETIOLOGÍA DE HEMORRAGIA EVIDENCIADA EN ESTUDIO



Conclusión: La cápsula endoscópica es un estudio seguro, eficaz que debe ser usado complementariamente en el manejo integral del sangrado intermedio, demostrando un alto rendimiento diagnóstico, en nuestra experiencia, comparable con lo descrito en la literatura, y con baja tasa de complicaciones.

Estudio de motilidad intestinal en niños: experiencia de un centro universitario

ZEC C[1], MADRID A[2], VARGAS L[1]

[1]Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La motilidad digestiva tiene como objetivo generar movimientos que mezclan, trituran y trasportan alimentos a través del tubo digestivo, para favorecer las funciones de digestión y absorción de nutrientes. El estudio de motilidad del intestino delgado en niños se realiza en pocos países. La manometría intestina (IMI) es estudio de bajo riesgo, invasivo y su rol es medir actividad contráctil del intestino delgado.

Objetivo: Describir experiencia local y evaluar utilidad de estudios de MI en pacientes pediátricos.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron informes de MI realizadas a pacientes de <18 años, entre 1996 y 2023. Estudio realizado con técnica estandarizada por 300 minutos de ayuno, con sonda de 4 lúmenes bajo visión fluoroscopica pasado al Treizt. Se consideró compromiso neuropático ausencia de actividad cíclica, miopatico disminución de amplitud de contracciones (2 DS de lo normal:<a 20mmHg) mixto compromiso con ambos. Se recopilaron variables demográficas, motivo del estudio y presencia de Sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI). Estadística: test de Shapiro Wilk y X^2.

Resultados: Ingresaron 44 estudios, de pacientes con edad promedio 14,6 años (8 meses a 18 años), 66% mujeres. Motivó el estudio en 57% por sospecha de Pseudobtruccion intestinal pediátrica (PIPO), 43% constipación, 34% distensión abdominal, 32% dolor abdominal y 20% diarrea, los síntomas de PIPO y vómitos fueron significativos en diagnostico de compromiso mixto. El examen estaba alterado en 40 pacientes (92%), 53% compromiso neuropático, 25% miopatico, 22% mixto. El Índice de Motilidad intestinal fue menor en compromiso mixto(p:0.030). El 52% tenía estudio para SBI, positivo en 72% sin diferencia entre grupos.

Conclusion: La manometría intestinal es posible realizar en pacientes pediátricos. Diagnosticó alteraciones severas de la motilidad en la mayoría de los pacientes. Por lo tanto, este examen ayuda al diagnóstico en niños lo que permite un posterior óptimo manejo en ellos.

Adherencia al tratamiento en pacientes venezolanos con enfermedad inflamatoria intestinal

Veitia G, Montero R, Gonzalez F

Hospital Vargas de Caracas, Caracas, Venezuela

Resumen: La Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn son padecimientos crónicos donde el adecuado tratamiento médico y la adherencia al mismo resultan fundamentales para su adecuada evolución.

Objetivos: Determinar la adherencia al tratamiento en pacientes venezolanos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, aplicando el test de Morisky-Green a pacientes con EII.

Resultados: De 202 pacientes evaluados con una edad promedio de 52 años, el 57% presentaron adecuada adherencia al tratamiento, siendo las femeninas en un 60% de los casos, los pacientes con colitis ulcerosa en un 58% y los mayores a 40 años de edad los que presentaron mayor adherencia al tratamiento mientras que tan solo el 48% de los masculinos, el 43% de los menores a 40 años de edad y 48% de los diagnosticados con Enfermedad de Crohn presentaron adecuada adherencia, pareciendo ser condicionantes el olvido de la toma del medicamento por parte del paciente así como su omisión al sentirse bien mientras que la mayoría de los pacientes mantienen adherencia al tratamiento al sentirse mal así como cumplen el horario de toma del mismo e igualmente encontrando variabilidad en la adherencia de acuerdo a la procedencia del paciente según las distintas regiones del país.

Conclusión: La adherencia al tratamiento en pacientes venezolanos con EII es desigual entre los géneros, diagnósticos, edades y procedencia de los pacientes por lo que es necesario planificar estrategias individualizadas para su adecuado cumplimiento en estos grupos.

La importancia de las biopsias de cuerpo gástrico en el diagnóstico de helicobacter pylori y lesiones preneoplásicas gástricas en dispepsia no investigada en ocaña, colombia

ROYERO H

Hospital Ocaña, ocaña, Colombia

Introducción: Las guías colombianas para el manejo del helicobacter pylori (Hp) y del cáncer gástrico (CG) temprano indican biopsias de antro y cuerpo para evitar falsos negativos; además, de la localización de atrofia y metaplasia para estratificar el riesgo de CG, hay pocos trabajos sobre la adherencia a estas recomendaciones y el aporte de las biopsias de cuerpo gástrico cuando los hallazgos son negativos en antro.

Objetivos: Determinar el aporte de la biopsia de cuerpo gástrico, en el diagnóstico histológico del Hp y las lesiones preneoplásicas gástricas, en pacientes con dispepsia no investigada.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo unicéntrico, de 2018 a junio de 2023, de pacientes con dispepsia no investigada entre los 30 a 75 años, que no recibían inhibidores de bomba de protones, bismuto y antibioticos,

previo a la esofagogastroduodenoscopia. Se tomaron cinco biopsias según protocolo de Sidney, se analizaron variables sociodemográficas, hábitos aditivos, datos antropométricos y los diagnósticos de Hp, atrofia y metaplasia en antro-cuerpo.

Resultados: Fueron incluidos 448 sujetos, edad 49,54 DE ± 12,63 años, femeninos 58,26% (261), fumadores 8,68% (39), obesos 10,27% (46), la prevalencia de Hp 65,83% (295); los hallazgos histológicos de interés son presentados en la tabla 1. Se encontró significancia estadística entre la presencia de Hp en cuerpo (37,14%) cuando la atrofia fue positiva en antro (20,19%) *p*= 0,03; hallazgos similares se reportaron con la aparición del Hp en cuerpo (29,63%) y la metaplasia presente en antro (13,06 %) *p*=0,02.

Conclusiones: En la población estudiada, no tomar biopsias de cuerpo gástrico omitiría diagnosticar 6% de pacientes con Hp, 2 % de atrofias y 3% de metaplasias gástricas cuando estos hallazgos son negativos en antro ; además permite conocer la distribución en el antro y cuerpo gástrico de 8% de las lesiones preneoplásicas y 28% de los positivos para Hp.

Variables de interés	Segmentos Gástricos			
	[1] Antro, [-] Cuerpo n (%)	[2] Antro, [+] Cuerpo n (%)	[3] Antro, [-] Cuerpo n (%)	[+] Antro, [+] Cuerpo n (%)
Helicobacter pylori	155 (56,55)	119 (28,56)	109 (55,05)	37 (9,83)
Atrofia	154 (70,06)	20 (6,69)	54 (33,98)	10 (3,33)
Metaplasia	160 (70,18)	25 (8,37)	64 (40,25)	14 (5,43)
Atrofia y metaplasia	160 (70,52)	25 (8,39)	64 (54,08)	11 (5,45)

Tabla 1. Distribución de Helicobacter pylori, atrofia y metaplasia en antro y cuerpo.

La telemedicina como herramienta para evaluar la pertinencia de endoscopía alta en un hospital público

López S[1], Serrano C[2], Ilabaca M[3]

[1]Universidad de Santiago de Chile, santiago, Chile; [2]Hospital Padre Hurtado, santiago, Chile; [3]Superintendencia de Pensiones, santago, Chile

Introducción: En el sistema público de salud, al existir mayores demandas que ofertas de ciertos servicios, se generan listas de espera. En este contexto, es que se implementa la telemedicina como herramienta para evaluar la pertinencia al examen endoscópico.

Objetivo: Evaluar la pertinencia de la endoscopía alta a través de la consulta por Telemedicina en un hospital público del SSMSO, del periodo 2020-2021.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo. Los sujetos fueron los pacientes atendidos con Telemedicina de endoscopía en las listas de espera no Garantía Explicita de Salud (GES) para realización de procedimientos endoscópicos altos y fueron elegidos por orden de mayor antigüedad en el tiempo de espera.

Resultados: La muestra incluyó a pacientes en lista de espera desde los años 2008 a 2012 para realización de endoscopía digestiva alta, con un total de 487 sujetos. Una vez realizado el modelo de gestión de lista de espera, se actualizó a 158 sujetos, de los cuáles un total de 129 pacientes aceptaron la realización de la Telemedicina de endoscopia. En relación al destino final luego de la consulta de Telemedicina, un 40% se derivó a endoscopía, 38% fueron dados de alta y un 23% tuvo otras derivaciones.

Conclusión: La Telemedicina de endoscopía, guiada por un médico especialista, es una herramienta que permite discriminar la pertinencia al examen endoscópico. Esto favorece la optimización de los recursos y permite jerarquizar a los pacientes, logrando atender antes a los que tengan más riesgos, mejorando el pronóstico y sobrevida del paciente.

no me permite agregar imagen de la grafica

Aplicabilidad del gerd q como predictor de enfermedad por reflujo gastroesofagico y sus complicaciones en pacientes ambulatorios del instituto gastroenterologico boliviano japones de sucre

Bejarano A[1], Cabrera M[2], Limachi S[2]

[1]Hospital San Antonio de los Sauces, Monteagudo, Bolivia; [2]Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, Sucre, Bolivia

Introduccion: La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una condición crónica que resulta del flujo retrógrado de parte del contenido gastroduodenal en el esófago u órganos adyacentes a este. El Gerd Q es un cuestionario que cuenta con una sensibilidad del 82% y especificidad 84% para el diagnóstico de esta enfermedad.

Objetivos: Determinar la aplicabilidad del Gerd Q como predictor de enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones en pacientes ambulatorios del Instituto Gastroenterológico Boliviano Japones de Sucre.

Metodos: Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico desarrollado en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés de la ciudad de Sucre de febrero a junio del 2023. Se aplico el cuestionario Gerd Q a 92 pacientes con síntomas de reflujo que acudieron durante el periodo de estudio y su posterior seguimiento con realización de endoscopia digestiva alta.

Resultados: El 53% de los pacientes fueron del género femenino y la media de edad fue de 57,36 años. El principal síntoma fue la pirosis con un 66.3%, el 55,4% obtuvo una puntuación entre 3 a 7 puntos, indicando un 16% un puntaje por encima de 3 puntos en la sección C, el 61% de la población de estudio no presento lesiones epiteliales evidenciables por endoscopia. Existe una asociación entre un puntaje Gerd Q por encima de 8 y la presencia de esofagitis (X2: 34.4, P valor: 0, RP: 8,39), al igual que con la sección C por encima de 3 puntos (X2: 22.5, P valor: 0, RP: 3.70), también se aprecia una asociación entre la presencia de esofagitis y las complicaciones por reflujo (X2: 42.36, P valor: 0 RP: 19.6).

Conclusiones: El Gerd Q es útil y preciso para determinar la enfermedad por reflujo gastroesofágico al igual que sus complicaciones.

Palabras clave: Reflujo, Gerd Q, Complicaciones, Esofagitis.

Tips en el manejo de la hipertensión portal: experiencia acumulada en un centro de trasplante hepático de costa rica

BOLAÑOS K, COSTE P, SOLIS B, LÓPEZ V, ARAYA S[1], MORA I, AVENDAÑO G, OCHOA A

Hospital Calderón Guardia, San José, Costa Rica

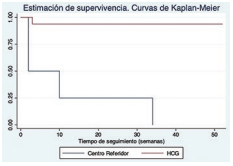
Introducción: El TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) es un tratamiento mínimamente invasivo para el manejo de la hipertensión portal (HTP). La integración y coordinación de un grupo multidisciplinario ha permitido la formación de un programa de intervencionismo hepático de atracción nacional.

Objetivos: Analizar la experiencia acumulada, describir la seguridad y eficacia, y estimar la supervivencia de pacientes sometidos a TIPS.

Métodos: Estudio observacional-retrospectivo de una serie de 24 pacientes sometidos a TIPS en el Hospital Dr. R.A Calderón Guardia-Costa Rica; julio 2018-abril 2023. Los datos fueron analizados a partir de expedientes clínicos.

Resultados: El TIPS fue indicado en 25 pacientes (éxito técnico 96%, N=24/25). Edad media: 58 años (DE:9), 68% sexo femenino. Las etiologías más frecuentes de la enfermedad hepática fue metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) (36%) y alcohol (16%). La indicación más frecuente fue sangrado variceal (SV) (67%, N=16) y ascitis recurrente (AR) (29%, N=7) con 1 caso de hidrotórax hepático (HH). El éxito clínico en SV fue de 88% y en AR-HH de 75%. La reducción del GPVH pos-TIPS fue de 56%. La media de tiempo de duración del procedimiento con ultrasonido intravascular (USIV) fue inferior en comparación con los que no se usó (138 min (DE:41) vs. 233 min (DE:39), p<0.001). La principal complicación fue encefalopatía (46%). La supervivencia global fue de 76%, con una sobrevida superior en el grupo que continuó control multidisciplinario en el centro de trasplante vs. el grupo que siguió control en su centro (6 y 12 meses: 100 y 94% vs. 50 y 0%, p<0.001).

Conclusiones: El TIPS demostró ser seguro y eficaz en el manejo de las complicaciones de la HTP. La EH fue la principal complicación y el uso del USIV acortó el tiempo del procedimiento. El abordaje multidisciplinario pos-TIPS demostró impactar en la supervivencia.



Experiencia de erradicación de helicobacter pylori en un centro privado de chile

RUEDI D, ARENAS A, MENDEZ L, MOSCOSO F, WALSEN G, RUEDA C

Clínica Alemana - Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: La infección por Helicobacter pylori (HP) es la infección bacteriana crónica más frecuente en el humano. Es el principal factor etiológico para desarrollar cáncer gástrico, el cual aún presenta tasas de sobrevida menores al 10% en Chile. La prevalencia mundial de infección por HP es de aprox. 50%, y varía según geografía, etnia/raza, demografía y factores socioeconómicos. En Chile, la prevalencia supera el 70% (73-78%), y se utilizan múltiples esquemas para su erradicación.

Objetivos: Evaluar las tasas de erradicación con distintos esquemas, en pacientes que se controlaron en una red privada de salud entre los años 2019 y 2023.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de infección por HP que recibieron terapia de erradicación. Se recopilaron datos demográficos de pacientes con test confirmatorio de erradicación.

Resultados: De 133 pacientes, sólo 74 pacientes se realizaron algún test confirmatorio de erradicación, y todos recibieron 10-14 días de tratamiento. Un 55.4% recibió terapia triple estándar (TTS), 24.3% terapia concomitante (TC) y 20.3% terapia cuádruple con bismuto (TCB). El 92.3% de los pacientes no reportó eventos adversos. El 85.1% de los pacientes era no fumador. El porcentaje de erradicación fue de 81.1%, con tasas de erradicación de 78% con TTS, 83.3% con TC y 86.7% con TCB. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre las tres terapias.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes se utilizaron los tres esquemas más habituales. La TCB mostró una tendencia de mayor tasa de erradicación, sin embargo, ningún esquema superó el 90% de éxito. Todos los esquemas fueron bien tolerados, sin RAM graves reportados. Destaca en este reporte que 45% de pacientes no confirmaron su erradicación.

Rendezvous endoscopico-percutaneo para el manejo de la via biliar dificil: experiencia en un centro endoscopico de lima-peru

ALIAGA J[1], SANCHEZ V[2], ARAUJO G[3], REYES T[4], CELEDONIO W[4]

[1]Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"; Hospital "José Agurto Tello - Chosica", Clínica San Pablo, Lima, Perú; [2]Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"; Clínica CIRE, Lima, Perú; [3]Clinica CIRE, Lima, Perú; [4]Hospital Nacional "Arzobispo Loayza", Lima, Perú

Introducción: El acceso biliar refractario a las técnicas convencionales de canulacion es un escenario clínico desafiante para la mayoría de endoscopistas, la técnica de rendezvous endoscópico-percutáneo es una optima alternativa con altas tasas de éxito y bajas tasas de complicaciones en manos expertas, sin embargo, su uso rutinario en Occidente principalmente Latinoamérica es aún limitado.

Objetivos: Evaluar la factibilidad, eficacia y seguridad del rendezvous endoscópico-percutáneo en el manejo de la vía biliar difícil en una población latinoamericana. Pregunta de investigación: ¿El rendezvous endoscópico-percutáneo es una óptima estrategia terapéutica para el abordaje de la vía biliar difícil?.

Métodos: Estudio descriptivo – tipo serie de casos que incluyo 21 pacientes, con diagnóstico de vía biliar difícil, todos tratados mediante rendezvous endoscópico-percutáneo entre Julio 2017 a Julio 2020. Se evaluó: tasa de canulacion exitosa, tasa de resolución exitosa de coledocolitiasis difícil y eventos adversos. El procedimiento consistió en realizar una colangiografía transparietohepática y pasaje de guía teflonada por radiólogo intervencionista. Se ingresa con guía teflonada por vía ascendente bajo fluoroscopia, lográndose progresar a través de poro papilar, y con ayuda de una canastilla de dormia se logra la captura de la misma retirándola por el canal terapéutico del duodenoscopio, para finalmente reingresar a través de la misma con el esfinterotomo hasta la ampolla de Váter, accediéndose a la vía biliar principal.

Resultados: La tasa de canulacion exitosa fue del 100% (21/21). Se presentaron 12 casos (57.1%) de coledocolitiasis difícil de los cuales se obtuvo una tasa de resolución exitosa del 91.6% (11/12). La tasa global de eventos adversos fue de 4.7% (1/21), la cual fue un caso de hemorragia digestiva post-esfinteroplastía que fue resuelta exitosamente solo por vía endoscópica.

Conclusión: El rendezvous endoscópico-percutáneo realizado por manos expertas es factible, seguro y clínicamente efectivo para el manejo de la vía biliar difícil en Latinoamérica.

Drenaje por ecoendoscopia de necrosis amurallada en pancreatitis aguda severa: un análisis descriptivo para el avance en la práctica clínica

Sánchez J, Villalobos Á, Coste P, Campos C, Láscarez M, Páez R, Ávalos A, Avendaño G, Ochoa A

Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia, San José, Costa Rica

Introducción: La necrosis amurallada sintomática es una complicación de la pancreatitis aguda severa. El abordaje escalonado es el tratamiento estándar, siendo el drenaje guiado por ecoendoscopia la primera línea de tratamiento en la mayoría de los casos.

Objetivos: Describir las características clínicas y demográficas de una serie de pacientes con necrosis pancreática amurallada. 2) Analizar la seguridad y eficacia del drenaje guiado por ecoendoscopia de la necrosis pancreática amurallada.

Métodos: Estudio retrospectivo-descriptivo de una serie de pacientes atendidos en el Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia-Costa Rica con necrosis pancreática amurallada sintomática, tratados mediante drenaje guiado por ecoendoscopia entre agosto 2019-abril 2023. Los datos fueron obtenidos a través del expediente clínico.

Resultados: Se incluyó 23 pacientes, 61% *(n=14)* del sexo masculino, con edad mediana de 50 años (RIQ: 29-79). La etiología más frecuente de la pancreatitis fue biliar (61%). La indicación más frecuente de drenaje fue el dolor abdominal (52%). El tamaño mediano de la colección fue de 14 cm (RIQ: 5-21). La proporción de prótesis plásticas vs. LAMS fue igual. La mediana de necrosetomías fue de 3 sesiones (RIQ: 0-10). Se logró éxito técnico y clínico en el 96 y 83%, respectivamente. El tiempo mediano de duración de la prótesis LAMS fue de 25 días (RIQ: 3-52). Se requirió abordaje percutáneo en 1 caso y quirúrgico en 2 casos. La tasa de efectos adversos fue de 22% *(n=6)*, de los cuales 2 fueron graves. Hubo 4 fallecimientos, 2 por migración de la próstesis y 2 por complicaciones infecciosas no relacionadas con el procedimiento.

Conclusiones: El drenaje guiado por USE con necrosectomía es un procedimiento mínimamente invasivo, eficaz y seguro para el manejo de la necrosis amurallada sintomática, sin embargo, no está exento de complicaciones. La necesidad de abordaje percutáneo y/o quirúrgico fue muy baja en la presente serie.



Experiencia preliminar en entrenamiento en endoscopía digestiva alta (EDA) con un nuevo modelo de simulación de esófago-estómago-duodeno (EED)

CHAVEZ C, LÓPEZ T

Hospital Dr. Gustavo. Fricke, Viña del Mar, Chile

Introducción: El rendimiento en EDA depende de la acuciosidad, tecnología y experiencia del operador.; Yao y Emura han propuesto protocolos de exploración sistemática numérica con áreas predefinidas que deben ser exploradas y fotografiadas siguiendo la secuencia correspondiente.

Objetivos: Realización de taller de simulación para el entrenamiento en EDA. Comparar métricas del registro estandarizado de imágenes, previo y posterior al entrenamiento en fantomas diseñados para la exploración sistemática.

Métodos: Realización de EDA en 2 modelos de simulación EED. Un modelo con 29 áreas numeradas y otro sin numeración. Participaron 13 médicos endoscopistas con experiencia variable. La actividad consistió, para cada participante, en: - Clase teórica - Sesión 1: EDA en fantoma EED sin numeración. - Taller: EDA en fantoma EED con áreas numeradas, asistido por monitor. - Sesión 2: EDA en fantoma EED sin numeración. Se emitieron 2 informes anónimos por participante, uno por sesión, incluyendo sus respectivas 29 imágenes. Los evaluadores calificaron cada imagen con nota de 1-7, registrado en sofware especializado que permitió calcular promedios y varianzas por cada participante y en general.

Resultados: Sesión 1: nota promedio de imágenes 1-14: 5,84. Nota promedio imágenes 15-29: 4,97. Menor nota promedio en un 17,5% en imágenes 15-29. Sesión 2: nota promedio de imágenes 1-14: 6,33 (8,4% mayor a la sesión 1). Nota promedio imágenes 15-29: 5,79 (16,4% mayor a la sesión 1). Promedio general aumentó en 13.11%. La fotografía 22 mostró el mayor aumento en variación promedio entre ambas sesiones, de 75%. Las fotografías 28, 24 y 17 mostraron un decrecimiento en sus promedios: 11%, 4% y 4% respectivamente. La fotografía 24 en ambas sesiones tuvo una peor calificación (3,85 y 3,69 respectivamente).

Conclusiones: El uso de nuestro fantoma mejoró la exploración completa y sistemática del tubo digestivo y se recomienda para la estandarización en el entrenamiento de EDA.

Prevalence of genotypes related to lactose intolerance and vitamin d deficiency in chilean patients with IBD

Perez T[1], Bustamante M[2], Aguilar N[3], Segovia R[4], Baez P[2], Magne F[2], Zazueta A[2], Azocar L[3], Estela R[5], De la Vega A[5], Hernandez C[3], Silva V[5], Gonzalez M[5], Candia R[3], Pavez C[3], Escobar S[5], Arriagada E[5], Onetto G[5], Miquel J[3], Alvarez M[3]

[1]1.Pontificia Universidad Catolica 2.Hospital San Borja Arriaran, Santiago, Chile; [2]Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Pontificia Universidad Catolica, Santiago, Chile; [4]Red Salud Arauco, Santiago, Chile; [5]Hospital San Borja, Santiago, Chile

Background: Lactose intolerance (LI) affects 33% to 75% of the world's population. LI can be secondary to primary or secondary lactose malabsorption. The single-nucleotide polymorphism (SNP) of the lactase gene (LCT) rs4988235-CC confers the non-persistence of lactase. Studies have reported a prevalence of 57% of the CC genotype in the Hispanic Chilean population and 88% in Amerindians, with an important correlation with symptoms of intolerance to the digestion of dairy products. This group of patients might avoid dairy consumption. Patients with IBD may have insufficient production of lactase. In addition, vitamin D deficiency has been reported in patients with IBD. Aim. To evaluate the prevalence of rs4988235-C in Chilean patients with IBD and genotypes associated with vitamin D deficiency (VDD).

Methods: 192 patients with IBD were genotyped using Illumina screening Array, the prevalence of the VDD genotypes rs4988235-CC, rs12785878-GG, rs2282679-CC, and rs10741657-GG were evaluated. Results. Table 1 shows the prevalence's of the genetic variant related to Lactose Intolerance and Vitamin D Deficiency in IBD Chilean Patients. The frequency of the C allele for rs4988235 for Chilean IBD patients was 0.79, similar to general American Population (Mexican, Puerto Rican, Peruvian, and Colombian) and Chilean =0.78, and 0.77, and higher than European =0.49).

Conclusion: More than half of Chilean IBD patients have a genetic predisposition to lactose malabsorption, and 5-44% have genetic variants linked to low vitamin D levels.

Screening for lactose intolerance and vitamin D deficiency is crucial in this population to prevent negative health outcomes, including an increased risk of osteoporosis. Lactose intolerance should be considered in symptomatic Chilean IBD patients with inactive disease. The lactase genotype rs4988235-CC is prevalent in the American population, suggesting that lactose intolerance may be a issue for Latin American IBD patients.



Determinación de la mutación R759X del exón 18 del gen RB1 en lesiones de esófago asociados con el virus del papiloma humano

VILLASMIL L[1], Cruz J[2], Quintero M[2], Moreno G[2], Paoli M[2]

[1]Universidad de Los Andes Fac Medicina, Merida Venezuela, Venezuela; [2]Universidad de Los Andes, Merida, Venezuela

Introducción: Se ha establecido una asociación de VPH con lesiones de células escamosas benignas y/o malignas de esófago, la presencia de coilocitos se ha considerado como un indicio primario de la infección. La mutación R579X del exón 18 del gen RB1 ha sido asociada al aumento de la malignidad en células infectadas por VPH de alto riesgo.

Objetivo: Analizar la presencia de la mutación R579X de exón 18 del gen RB1 en muestras provenientes de pacientes con antecedentes de lesiones esofágicas y su relación con la presencia de VPH, género, así como con los hábitos del sexo oral y fumar.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de 111 pacientes con endoscopia esofágica, toma de biopsias a nódulos papilomatosos. Se registro variables demográficas, hallazgos endoscópicos, características de la lesión, localización, hábitos psicobiológicos y prácticas sexuales. La detección y tipificación de VPH, así como el análisis de la mutación R759X se realizaron por técnica PCR-RFLP. El análisis estadístico con programa SPSS20.

Resultados: La práctica del sexo oral fue más frecuente en el sexo masculino, 92,5%, en comparación con el femenino 74,1% (p=0,009). El estudio anatomopatológico fue positivo para la determinación de coilocitos (102 pacientes, 91,9%) y negativo en 9 pacientes (8,1%). La presencia de ADN de VPH fue positiva en 71 pacientes (64%), mayor en el sexo femenino, 79,3% en comparación con el masculino (47,2%) (p=0,0001); se observó un 36% (n=40) de VPH negativo. La presencia de la mutación R759X fue negativa.

Conclusiones: En este estudio encontramos VPH de alto riego oncológico en papilomas sin características de malignidad. La presencia de coilocitos no es una condición suficiente para la presencia de VPH. Para los pacientes estudiados indicando que estas lesiones papilomatosas son de carácter no maligno. Se recomienda el seguimiento de pacientes con lesiones papilomatosas asociadas con VPH de alto riesgo.



Quadruple therapies are superior to standard triple therapy for helicobacter pylori eradication. A multicenter observational study in european and latin american countries (legacy study)

Medel-Jara P[1], Reyes D[2], Fuentes-López E[3], Anton R[4], Jimenez E[5], Caballero C[6], Boggino H[6], Cantero D[7], Barros R[8], Santos-Antunes J[8], Diez M[9], Quiñones L[10], Riquelme E[11], Rollán A[12], Cerpa L[10], Valdés I[13], P Nyssen O[14], Moreira L[15], P Gisbert J[14], Camargo C[16], Fleitas T[4], Riquelme A[2]

[1]Doctorado en Epidemiología UC, Santiago, Chile; [2]Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [3]Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [4]Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España; [5]Universidad de Valencia, Valencia, España; [6]9. GenPat Laboratory, Asunción, Paraguay; [7]Instituto de Previsión Social, Asunción, Paraguay; [8]University of Porto, Porto, Chile; [9]15. Vall d'Hebron University, Barcelona, España; [10]Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago, Chile; [11]Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Santiago, Chile; [12]Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [13]Universidad Mayor, Santiago, Chile; [14]Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España; [15]University of Barcelona, Barcelona, España; [16]National Cancer Institute, Bethesda MAryland, Estados Unidos (EEUU)

Introduction: Gastric cancer is one of the most lethal malignancies worldwide. Eradication of *Helicobacter pylori* (*H. pylori)* infection, its primary cause reduces the risk of gastric cancer. There is limited information comparing eradication rates of antibiotic schemes that includes European and Latin American populations.

Objective: To compare the effectiveness of Standard Triple Therapy (STT), Quadruple non-bismuth Concomitant Therapy (QCT), and Quadruple Bismuth Therapy (QBT) in six centers in Europe and Latin America: Portugal, Spain, Chile, Mexico, and Paraguay.

Methods: This is a retrospective study based on the LEGACY registry from 2017 to 2022 in Portugal, Spain, Chile, Mexico, and Paraguay. The inclusion criteria were being diagnosed as *H. pylori*-positive individuals, receiving eradication treatment, and having undergone an eradication test at least one month after treatment. The outcome variable was the eradication rate, and the main independent variable was the scheme used. To compare the *H. pylori* treatment schemes, the statistical approach used was through Poisson multilevel multivariate regression, including sex, age, and ecological country-specific variables from available evidence, including *H. pylori* antibiotic resistance (clarithromycin, metronidazole, and amoxicillin), and the proportion of *CYP2C19* polymorphism corresponding to extensive metabolizer for proton pump inhibitors (Table 1).

Results: The study included 873 patients, 64% females, with a mean age of 54 years (52.6-54.7). The *H. pylori* eradication rates were 75.2% for STT, 89.3% for QCT, and 91.3% for QBT. Both therapies (QCT-QBT) had statistically significant differences vs. STT, with an Incidence Risk Ratio (IRR) of 1.25 (p-value: <0.01) for QCT and an IRR of 1.24 (p-value: <0.01) for QBT.

Conclusions: Quadruple therapies (both with and without bismuth) are superior to STT for *H. pylori* eradication regardless of country-specific *H. pylori* antibiotic resistance and *CYP2C19* polymorphism in a sample of individuals belonging to five different countries and two continents.



¿Debería haber flora productora de hidrógeno o metano en pacientes colectomizados?

VON MUHLENBROCK C[1], SIMIAN D[2], MADRID A[2]

[1]Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; [2]Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El intestino grueso humano es el hábitat natural de una población numerosa, diversa y dinámica de microorganismos con diversas funciones. La prueba de hidrógeno (H2) en el aire espirado con lactulosa (TAEL) permite evaluar la producción de H2 y metano (CH4) del colon por degradación de las bacterias. No hay claridad que sucede en pacientes colectomizados. Conceptualmente deberían observarse una curva de H2 o CH4 plana. Nuestro objetivo es determinar producción de H2 y CH4 en pacientes colectomizados y comparar con grupo control sin colectomia y pacientes con hemicolectomia.

Metodo: Se realizó estudio observacional con TAEL con técnica estandarizada en pacientes con colectomia total, colectomia parcial y controles sanos, A todos se aplicó encuesta de síntomas, que incluye: dolor abdominal, hinchazón, tipo de deposiciones según escala de Bristol. Estadística descriptiva, X^2, test exacto de Fischer, test de Kruskal Wallis. $p < 0.05$ estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes colectomizados, edad promedio 50 años (20-68), 37 con colectomia parcial y 43 controles sanos. Solo 3 pacientes (14%) colectomizados presentan una curva plana con TAEL y 63% una curva elevada de H2 y Metano, así un alto porcentaje de los pacientes colectomizados tiene flora productora de H2 y CH4 en el yeyuno y/o íleon por ende Sobrecrecimiento Bacteriano Intestinal (SBI). Los pacientes colectomizados presentaron mayor frecuencia e intensidad de hinchazón. Los detalles por grupos se pueden observar en tabla adjunta.

Conclusión: Nuestros pacientes colectomizados en su mayoría tiene producción de H2 y Metano con estudio TAEL, estos resultados suponen una colonización del yeyuno íleon en pacientes colectomizados, que hace más sintomáticos a estos pacientes especialmente presentan más hinchazón en forma significativa. Esto nos permite proponer realizar estudio con TAEL, para así dar tratamientos más adecuados a estos pacientes.



Prevalencia de trastornos de la comunicación intestino cerebro en pacientes con fibromialgia

VON MUHLENBROCK C[1], SOTO L[2], MADRID A[2]

[1]Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; [2]Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La fibromialgia se caracteriza por dolor centralmente mediado al igual que los trastornos de la comunicación intestino cerebro (TCIC). No contamos con estudios locales que muestren esta asociación. Nuestro objetivo es evaluar a través de una encuesta Roma IV, síntomas digestivos sugerentes de TCIC en pacientes con fibromialgia.

Metodo: Se aplicó Encuesta Roma IV validada al español para estudio de Síndrome de Intestino irritable(SII), Dispepsia Funcional(DF), Hinchazón funcional(HF) Pirosis funcional(PF) y Constipación Funcional(CF) a pacientes con fibromialgia y a controles con síntomas digestivos sin fibromialgia con estudio que descartó otras comorbilidades orgánicas y estudio con Test de H2 en aire exhalado. Estudio retrospectivo observacional, descriptivo, transversal. Estadística con test Shapiro-Wilk, chi2 para variables cualitativas y test de Mann-Whitney.

Resultados: Se encuestaron 63 pacientes con fibromialgia, edad promedio 49 años (17-75),62 mujeres, grupo control 54 pacientes edad promedio 38 (18-74), 29 mujeres. Los pacientes con fibromialgia cumplían criterios Roma IV para diagnóstico de toda la patología de los TCIC estudiada, la más frecuente fue HF, seguido por SII y DF, todas significativas versus controles. No hubo diferencias en la presencia de Sobrecrecimiento bacteriano Intestinal. Detalle de resultados se observa en tabla adjunta.

Conclusión: Nuestros resultados confirman que pacientes con fibromialgia presentan en forma significativa más TCIC. La presencia de SBI no fue significativa en pacientes comparado con grupo normal. Estos resultados son los primeros reportados en estos pacientes en población chilena consultante de un centro universitario. Sugiriendo que el trabajo conjunto con reumatología permite dar tratamiento adecuado y ayudar a la mejor calidad de vida de estos pacientes.

Tabla: Diagnósticos según encuesta Roma IV en los distintos subgrupos de pacientes estudiados.

	Fibromialgia N = 63 (%)	Controles N = 54 (%)	Valor p
Sobrecrecimiento bacteriano intestinal	23 (36,5)	16 (26)	0,431
Síndrome Intestino Irritable	44 (69,8)	11 (20,4)	< 0,001
Hinchazón funcional	51 (80,6)	42 (77,7)	0,602
Dispepsia Funcional predominio dolor	24 (38,1)	11 (20,3)	0,036
Dispepsia Funcional predominio distrés	36 (57,1)	17 (31,5)	0,005
Pirosis funcional	35 (55,6)	7 (13)	< 0,001
Constipación Funcional	19 (30,2)	4 (7,4)	0,002

¿Tienen tiempo de tránsito alterado los pacientes con síndrome de intestino irritable tipo constipado?

VON MUHLENBROCK C[1], SIMIAN D[2], MADRID A[2]

[1]Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; [2]Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El diagnóstico y manejo de Síndrome Intestino Irritable con predominio de constipación (SII-C) es complejo. Se sugiere estudio de tiempo de transito oro anal con marcadores radioopacos (TTC) para diferenciar: Constipación con tránsito colónico normal; por transito lento; y por obstrucción en el tracto de salida. Nuestro objetivo es estudiar tránsito intestinal de pacientes con SII-C con marcadores radiopacos (MR) y test de hidrogeno en aire espirado con lactulosa (TAEL).

Metodo: Tiempo de transito colonico oroanal (TTOA) se midió con MR con anillos, técnica estandarizada, siendo normal retención menor al 20% y patológica mayor al 20 %. El tránsito oro cecal (TTOC) se midió con TAEL, con técnica estandarizada, considerándose la primera elevación de la curva mayor a 20ppm después de los 60 min. La severidad de la constipación se evaluó con score de síntomas y clasificación de Bristol. Para los resultados, se evaluaron grupo con TTOA normal y con retención mayor al 20% de los anillos, como transito lento. Análisis estadístico con test de Shapiro-Wilk, chi2 para variables cualitativas y test de Mann-Whitney para variables continuas, $p < 0.05$ significativo.

Resultados: Ingresaron 53 mujeres con SII-C según criterios Roma IV, edad promedio 39 años (rango 15-67). Presentaron tránsito lento con MR 26 pacientes (50%) y tránsito normal 27 pacientes (50%), TTOC fue mayor en forma significativa en los pacientes con transito lento, 27% productores de metano. No hubo diferencias en síntomas o Bristol entre grupos. Detalles ver en tabla adjunta.

Conclusión: La mitad de las pacientes con SII-C tiene tránsito lento con MR, a su vez este tiene mayor TTOC y una flora de colon predominantemente productora de metano, por lo tanto, el estudio con MR y TAEL son útiles para clasificar estos pacientes y poder eventualmente guiar mejor terapia.

Tabla: Caracteristicas en test de aire espirado en los distintos subgrupos.

	Tránsito lento N = 26 (%)	Tránsito normal N = 27 (%)	Valor p
Flora Solo H2 o predominante H2 Solo metano o predominante metano	19 (73) 7 (27)	27 (100) 0 (0)	0.004
Síntomas Dolor Dificultad Gases Evacuación incompleta Hinchazón	8 (5 – 10) 8 (0 – 10) 2 (0 – 10) 8 (1 – 10) 10 (9 – 10)	8 (1 – 10) 8 (0 – 10) 6 (0 – 10) 9 (0 – 10) 9 (5 – 10)	0.842 0.527 0.205 0.008 0.245
Consistencia (Bristol) Formadas - Normal (Bristol 3 – 4) Caprinas - Duras (Bristol 1 – 2)	7 (29) 19 (73)	4 (15) 23 (85)	0.277
SBI	18 (69)	17 (63)	0.630
TTOC	110 (70 – 150)	90 (60 – 200)	0.012

Respuesta endoscópica e histológica de distintos esquemas terapéuticos usados en pacientes chilenos con esofagitis eosinofílica

VON MUHLENBROCK C[1], NUÑEZ P[2], QUERA R[2], VENEGAS J[2], CASTRO F[2], HEREDIA C[2], CORDOVA A[2], VUJCIC T[2], ARAYA R[2], PACHECO N[2], HERRERA K[2], GATICA V[2]

[1]Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; [2]Clinica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EEo) es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada que afecta al esófago. Las estrategias terapéuticas descritas son restricción alimentaria, usoi nhibidores bomba de protones (IBP), corticoides y terapia biológica. Nuestro objetivo es describir efectividad de los distintos esquemas en la respuesta endoscópica e histológica.

Metodos: Estudio descriptivo prospectivo de cohorte pacientes mayores de 18 años atendidos en Centro de Enfermedades Digestivas esofagitis eosinofílica con con al menos 1 endoscopía control. Se realizó clasificación endoscópica *Eosinophilic Esophagitis Endoscopic Reference Score* (EEERS) y se definió respuesta histológica como menos de 15 eosinofilos (Eos) por campo mayor. Análisis estadístico con Chi-cuadrado, y significancia estadística valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, 73% hombres con edad promedio X años. El hallazgo endoscópico inicial más frecuente fue edema y anillos con un EEERS 3,5 y con un recuento de Eos en biopsia inicial de 37,5 Eos/campo. Todos los pacientes recibieron tratamiento con Dieta (2), IBP (34), Corticoides (1) y Mixta (25; IBP, dieta y corticoides). Aquellos con EEERS más alto se optó por terapia mixta. La tasa de respuesta endoscópica (parcial/total) e histológica fue 93,5% y 77% respectivamente. Ningún paciente requirió dilatación endoscópica. Los detalles según tipo de tratamiento pueden encontrarse en la tabla adjunta.

Conclusiones: La estrategia terapéutica más utilizada, en esta primera serie de casos locales, fue la combinación de dieta de exclusión a alimentos e IBP y corticoides, seguido por el uso de IBP. Pacientes con EEERS se prefiere terapia mixta con una buena tasa de respuesta endoscópica e histológica. No se registraron complicaciones ni estenosis en nuestro grupo.



Caracteristicas y diferencias clínicas por sexo de pacientes con esofagitis eosinofílica atendidas en programa de enfermedades gastrointestinales inmunomediadas de un centro de salud universitario chileno

VON MUHLENBROCK C[1], NUÑEZ P[2], QUERA R[2], VENEGAS J[2], CASTRO F[2], HEREDIA C[2], CORDOVA A[2], VUJCIC T[2], ARAYA R[2], PACHECO N[2], HERRERA K[2], GATICA V[2]

[1]Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; [2]Clinica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EEo) es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada que afecta al esófago. En Chile y Latinoamérica se desconoce su epidemiología debido a la ausencia de estudios poblacionales, y solo se reportan series con pocos casos. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, endoscópicas, histológicas de sujetos adultos con el diagnóstico de EEo atendidos en nuestro centro.

Metodos: Estudio descriptivo prospectivo de cohorte pacientes mayores de 18 años atendidos en Centro de Enfermedades Digestivas por esofagitis eosinofílica con recuento mayor a 15 Eos/campo. Análisis estadístico con Chi- cuadrado, y significancia estadística valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, donde el 75,8% son hombres, con edad promedio de 38 años. La edad al diagnóstico promedio fue de 34 años, siendo más tardío en hombres. La enfermedad inmunoalérgica concomitante más frecuente fue Rinitis alérgica, el motivo de consulta más frecuente disfagia y significativamente, las mujeres presentan mayor eosinofilia periférica. El 22% de los pacientes presenta alguna alergia alimentaria, siendo significativamente más frecuente entre las mujeres, asociado a pescados-mariscos, lácteos y alimentos ricos en lípidos. Respecto a los procedimientos, presentan una mediana 4 para Score EREFS y 25Eos/campo en recuento de Eosinófilos en biopsias. Todos recibieron tratamiento, siendo los más frecuentes el uso de IBP y mixto con corticoides. Los detalles pueden encontrarse en la tabla adjunta.

Conclusiones: En esta serie de casos locales, observamos características similares lo descrito en grupos internacionales. Mujeres presentaron mayor comorbilidad autoinmune, eosoinofilia periférica y alergias alimentarias pero menor recuento eosinófilos y score endoscópico. Un alto índice de sospecha, probablemente, reduce tiempo al diagnóstico reflejándose en bajo reporte complicaciones en nuestro grupo.



Eficacia y seguridad de la terapia dual con alta dosis de IBP-amoxicilina para helicobacter pylori de primera línea en chile: experiencia de un estudio prospectivo

VON MUHLENBROCK C[1], CORDOVA A[2], NUÑEZ P[2], PACHECO N[2], QUERA R[2]

[1]Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; [2]Clinica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: En Chile, más del 70% de los adultos están infectados por Helicobacter pylori(HP). La claritromicina no debiera usarse si la resistencia es >15%. En nuestra medio, la eficacia de la triterapia (inhibidor de la bomba de protones-IBP-, claritromicina, amoxicilina) es de 63,8%.Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de la terapia dual (esomeprazol y amoxicilina) en dosis altas, mediante un estudio prospectivo, observacional y descriptivo.

Metodos: Se incluyeron pacientes con test de ureasa positiva en endoscopia digestiva alta. Se excluyeron pacientes tratados previamente con otro régimen de erradicación. Pacientes recibieron esomeprazol 40 mg tres veces al día y amoxicilina 750 mg cuatro veces al día durante 14 días. La eficacia de la terapia se evaluó con prueba de antígeno en heces de HP (Pylori-Strip®) 6 semanas después de finalizar el tratamiento de erradi-

cación y con al menos 14 días sin IBP. Estadística descriptiva, diferencias Chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes con mediana de edad de 49,6 años (19-84), 58% hombres; 107 (96%) completaron tratamiento (p=ns). Principales indicaciones de erradicación fueron gastropatía erosiva 54,5% y duodenopatía 14,3%; 7,8% fue portador asintomático. La efectividad en el grupo por intención de tratar y en los que completaron la terapia fue del 89,1% y 92,5%, respectivamente. Cuatro pacientes abandonaron el tratamiento, dos por náuseas, uno por cefalea y uno por urticaria. En el grupo que finalizó la terapia, sólo un paciente refirió dolor abdominal, teniendo un control de erradicación negativo.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con HP, la terapia dual con dosis altas demostró ser efectiva y segura, lo que plantea la posibilidad de que pueda ser utilizada como terapia de primera línea en nuestro país. Estudios comparativos con otras terapias con un mayor número de pacientes deberían confirmar estos resultados.

¿Se inmunizan nuestros pacientes celiacos? Experiencia de un centro universitario

VON MUHLENBROCK C[1], NUÑEZ P[2], QUERA R[2], VENEGAS J[2], HEREDIA C[2], CORDOVA A[2], ARAYA R[2], GATICA V[2], CASTRO F[2]

[1]Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; [2]Clinica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) afecta hasta el 1% de la población y el hipoesplenismo o asplenia funcional, pueda estar presente hasta en un 30% de ellos, aumentando el riesgo de infecciones. Estudios internacionales han mostrado una baja tasa de inmunización en población con EC.

Objetivo: evaluar la tasa de vacunación, percepción de riesgo e indicación de inmunización por parte de médicos tratantes en pacientes adultos con EC.

Metodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con EC mayores 18 años que fueron atendidos en el Programa de EC y Enfermedades Gastrointestinales Inmunomediadas. Se aplicó encuesta online, previo consentimiento, de adherencia a dieta libre gluten (*Celiac Dietary Adherence Test* - CDAT), percepción de seguridad de vacunas, qué vacunas habían recibido y si habían sido indicadas por su equipo tratante. Análisis estadístico descriptivo, diferencias Chi-cuadrado.

Resultados: Respondieron la encuesta 36 pacientes, 29 mujeres, edad promedio 46,7 años (rango 18-72), 83% con estudios universitarios y un 72% con diagnóstico de EC hace más de 5 años (p=ns); CDAT promedio fue 12,8 puntos (7-23). De ellos, 11 (30%) consideran que tienen mayor riesgo de infecciones, 34 (94%) consideran que las vacunas son seguras: De las vacunas recibidas: 36 (100%) la anti-COVID, 27(75%) anti-influenza, 6 (17%) anti-hepatitis B, 4 (11%) anti-neumococo, 1 (2%) anti-meningococo. Sólo 9 (25%) pacientes recibieron indicación de inmunización por su equipo tratante.

Conclusiones: En esta cohorte, existe escasa conciencia de la necesidad de inmunización por parte de los pacientes y de su equipo tratante pese a sugerencia de guías clínicas. Las vacunas más utilizadas son las estacionales contra COVID e influenza, pero existe una baja tasa de vacunación contra organismos encapsulados como neumococo y meningococo.

Efectividad de ustekinumab en enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia en perú

FERNANDEZ J[1], Paredes J[2], Vargas H[1], Junes S[1], Alosilla P[1]

[1]Hospital Guillermo Almenara Essalud, lima, Perú; [2]Clinica internacional, lima, Perú

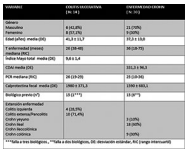
Introducción: La Enfermedad inflamatoria intestinal (CU y EC), es una patología de creciente incidencia y prevalencia en Perú. Sin embargo, debido a creciente tasa de pérdida de respuesta primaria y/o secundaria a Anti TNF, es importante evaluar la eficacia de ustekinumab (UST), disponible en Perú desde el 2019.

Objetivos: Evaluar efectividad de Ustekinumab en el manejo de pacientes con EII en nuestro país.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo en vida real, desde junio 2020 hasta junio 2023 en clínica privada de Lima-Perú. Se consideró pacientes con EC y CU. Criterios de inclusión: edad ≥ 14 años, diagnóstico al menos 6 meses, enfermedad moderada a severa no respondedora a terapia convencional y/o biológica. Se excluyeron pacientes con enfermedad limitada a recto, colitis aguda severa y/o megacolon tóxico.

Resultados: 30 pacientes EC y 14 pacientes con CU. El score CDAI de EC fue 331,3 y la calprotectina fecal de 1590. Indice de Mayo en CU fue 9,6 y calprotectina fecal de 1980. Pacientes con falla a terapia biológica previa fueron: En EC 15 (seis recibieron dos biológicos diferentes), y en CU 15 (uno recibió tres biológicos diferentes). Evaluando a 28 semanas hubo remisión clínica, endoscópica y libre de corticoides en 80% de pacientes con EC respectivamente; y en CU del 78,5%, 71,4% y 78,5% respectivamente. Cuatro pacientes con EC no lograron remisión clínica ni endoscópica a las 28 semanas (todos *naive* a biológicos). Tres pacientes con CU no lograron remisión clínica ni endoscópica, todos con falla previa a biológicos (uno con ADA, GOLI, VDZ; los restantes a un Anti-TNF cada uno). En ellos se escaló dosis cada 4 semanas. Ningún paciente suspendió UST por evento adverso.

Conclusiones: Se demuestra la efectividad clínica y endoscópica de Ustekinumab a 28 semanas. La terapia parece ser segura en tratamiento de EII.



VARIABLE	CROHN'S DISEASE (N: 24)	ULCERATIVE COLITIS (N: 14)
Género		
Masculino	9 (52,9%)	11 (79%)
Femenino	8 (47,1%)	3 (21%)
Edad (años) media (DE)	41,2 (± 11,7	37,2 (± 13,6
Enfermedad (meses)	24 (10-48)	36 (12-72)
Cirugías (No.)		
Índice Mayo total media (DE)	9,6 ± 1,4	
CDAI media (DE)		331,3 ± 96,7
PCR mediana (RIC)	26 (19-29)	29 (19-36)
Calprotectina fecal media (DE)	1980 ± 171,3	1590 ± 660,1
Biológico previo (n°)	15 (1 **)	15 (3 **)
Esquema anterior/actual		
Cobro: Infliximab	4 (23,5%)	
Cobro: antagonista/Pancolitis	10 (71,4%)	
Cobro: ustekinumab		3 (19%)
Cobro: Vedolizumab		10 (90%)
Cobro: Tofacitinib		
Cobro: colectomia		9 (90%)

Los pacientes con falla a terapia biológica previa fueron: En EC 15 (seis recibieron dos biológicos diferentes), y en CU 15 (uno recibió tres biológicos diferentes).

Por dominio	Enfermedad de Crohn (n = 10)	Colitis ulcerativa (n = 14)
Remisión clínica	24 (80%)	11 (78,5%)
Remisión endoscópica	24 (80%)	10 (71,4%)
Calprotectina fecal < 150 mg/kg	24 (80%)	11 (78,5%)
Reducción CDAI > 150 pts.	24 (80%)	-
Respuesta clínica según Índice Mayo*	-	11 (78,5%)
Remisión libre de corticoides	24 (80%)	11 (78,5%)

Comparison of linked color imaging (LCI) and white light (WL) for adenoma detection rate in colonoscopy: a prospective study

CONTRERAS F[1], Contreras C[2], Ortiz C[1], Tapia L[3], Peña P[1], Peña N[1], Yunen P[4], Jin Y[1]

[1]Centro de gastroenterologia Avanzada, santo domingo, República Dominicana; [2]Trihealth, cincinnati, Estados Unidos (EEUU); [3]Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona, España; [4]Cedimat, santo domingo, República Dominicana

Introduction: LCI is a technique that improves visualization during colonoscopy. It has been reported to increase the adenoma detection rate (ADR), which is important for preventing interval cancer and advanced colorectal carcinoma. LCI is expected to help with early detection of CRC.

Objectives: To investigate whether LCI can improve ADR compared to white light (WL).

Methods: A study compared LCI and WL colonoscopies to see which was more effective in detecting adenomas and polyps. Adenoma detection rate and polyp detection rate were calculated for each procedure, as well as the range of sessile serrated adenoma/polyps. The colon was divided into distal and proximal sections.

Results: 146 procedures were analyzed, 52.1% (n=76) used a WL and 47.9% (n=70) used LCI. ADR was higher in LCI (40%) compared to WL (50%), without significant differences (p=0.52). ADR was similar between WL and LCI, where 50% and 48.6% (p=0.8) were found. PDR was higher in LCI (70%) compared to WL (45%), without significant differences (p=0.10). PDR was significantly improved with the use of LCI, 71.4%, compared to WL, with 53.9% (p=0.02). Serrated detection rate: 11 sessile serrated adenomas in WL procedures were found, and 15 in LCI for an SSA/Ps of 12% and 16.3%. No differences in polyp location were found, with 64.9% of polyps detected with WL and 68.75% with LCI in the proximal colon.

Conclusion: 146 procedures were compared for colonoscopies using WL and LCI. ADR was similar between the two methods, but LCI improved PDR and slightly increased SSA detection. Polyp location was not affected. LCI may enhance polyp detection, but real-world research is needed.

Water exchange technique as an insertion method in routine colonoscopy in a non-academic center a prospective observational study

CONTRERAS F[1], Contreras C[2], Ortiz C[1], Peña N[1], Peña P[1], Tapia L[3]

[1]Centro de Gastroenterologia Avanzada, Santo domingo, República Dominicana; [2]Trihealth, Cincinnati, Estados Unidos (EEUU); [3]Hospital Germans Trias i Pujol, España, España

Introduction: Water exchange during colonoscopy has been shown to improve cecal intubation rates, reduce pain, and increase visibility for improved detection of polyps and adenomas.

Objectives: To assess the effectiveness of the water exchange insertion technique for improving the cecal intubation rate, adenoma detection rate (ADR), and bowel clearance during colonoscopies.

Methods: A prospective observational study was performed on 658 consecutive patients who underwent colonoscopy between January 2022 and December 2022 in a non-academic outpatient gastroenterology center in the Dominican Republic. Parameters evaluated included cecal and ileum intubation rate, polyp detection rate, adenoma detection rate, adenomas per colonoscopy, adenomas per positive participant, bowel clearance rate, insertion and removal times, patient repositioning rate, and complications.

Results: 658 procedures were performed, of which 51.1% (337 patients) were female patients and had a mean age of 56.6 years. The ileal and cecal intubation rate was 99.7% (656 patients). The mean insertion time was 4 minutes and 45 seconds, with a mean water consumption of 364.4 ml. The mean withdrawal time was 13 minutes,

with a mean water consumption of 308 ml. The polyp detection rate was 56.3% (143/253). The adenoma detection rate was 40.3% (102/253), while adenomas by colonoscopy were 1.1 (279/253). The rate of bowel clearance, according to the Boston Scale, was higher than 6 in 99.4% (653 patients), of which 93% (612 patients) achieved a total score of 9, 6.2% (41 patients) scored between 6 and 8. In this study, there were no complications related to the insertion method during colonoscopy. At the same time, the patient's position was not changed during the procedures (100%).

Conclusions: Water exchange during colonoscopy is a safe and effective method with high rates of cecal intubation and low complications. It also has higher polyp and adenoma detection rates compared to the standard method.

Características clínicas y endoscópicas de pacientes con gastritis autoinmune y tumor neuroendocrino gástrico, experiencia de un centro salud público y privado de chile

PRONIN A[1], Serrano C[1], Mendez L[1], Moscoso F[1], Ginesta C[1], Rueda C[2], Jorquera J[1]

[1]Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile; [2]CLINICA ALEMANA, Santiago, Chile

Introducción: La gastritis autoinmune es un tipo de gastritis crónica infrecuente, es causada por la destrucción de las células parietales y producción de anticuerpos anti células parietales. En el estudio endoscópico predomina la atrofia avanzada corporal. Está asociada a los tumores neuroendocrinos, anemia, tiroiditis, déficit de vitamina B12 y cáncer gástrico.

Objetivo: Describir las características clínicas y endoscópicas de pacientes con gastritis autoinmune y tumor neuroendocrino gástrico, en un Centro de Salud publico y privado.

Metodología: Estudio retrospectivo y descriptivo realizado entre los años 2020 y 2023, de pacientes con gastritis autoinmune y tumor neuroendocrino gástrico, se describieron las características clínicas y hallazgos endoscópicos.

Resultados: De 226 endoscopias con gastropatía atrófica corporal, 17 (7,5%) fueron gastritis autoinmune. 82% fueron mujeres con promedio de edad de 56 años, las patologías asociadas fueron la anemia (35,2 %), hipotiroidismo (29,4%) y síndrome de Sjogren (5,8%). Solo 4 paciente fueron sometidos a anticuerpo anticélulas parietales y fueron positivos. La atrofia moderada a severa del cuerpo (88,2%) y fondo gástrico (35,2%) predominaron en los hallazgos endoscópicos. 11,7% se detectó Helicobacter pylori. El tumor neuroendocrino gástrico se presentó en 7 (3%) pacientes y todos fueron tipo 1, de los cuales 57,1% fueron Grado 2 y en 2 (0,8%) pacientes no se asociaron a gastritis autoinmune.

Conclusión: Los hallazgos clínicos y endoscópicos se correlacionan con los descritos en la literatura, destaca en este estudio el apoyo diagnóstico de la biopsia del fondo gástrico.

Optimizando el diagnóstico de lesiones premalignas gástricas en la práctica diaria: endoscopia sistematizada según indicadores de calidad mas técnicas de ganancia de imagen

Araya R[1], Cordova A[2], Rubel S[2], Heredia C[3], Von Muhlenbrock C[2], Contreras L[2]

[1]Clínica Universidad de los Andes y Hospital Militar, Santiago, Chile; [2]Clinica Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [3]Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer gástrico (CG) en Chile es muy prevalente (23-29 casos / 100.000). El Consenso de la Asociación Chilena de Endoscopia (ACHED 2014), sugiere mejorar el diagnóstico de Gastropatía Crónica Atrófica (GA), metaplasia intestinal (MI) y lesiones neoplásicas tempranas, efectuando endoscopia digestiva (EDA) de alta calidad. Múltiples publicaciones muestran la utilidad de alta definición (HD) y técnicas con ganancia en imagen (LCI, BLI, BLI-B, NBI). Permitiendo el desarrollo de clasificaciones y score de lesiones premalignas gástricas (LPMG), como EGGIM, Yagi y Kioto.

Objetivo: Desarrollar exploración endoscópica con técnicas de ganancia de imagen de manera sistematizada, que optimice el diagnóstico de LPMG en la práctica diaria.

Método: Trabajo inferencial retrospectivo, revisadas 65 endoscopias efectuadas entre diciembre 2022 y junio 2023, edad 40 a 75 años, sometidos a endoscopia sistematizada y alfanumérica, luz blanca y ganancia de imagen (LCI, BLI) con magnificación en áreas predeterminadas ,biopsias por protocolo de Sydney (OLGA y OLGIM) . Videocaptura alfanumérica. Registro en Excel.Las endoscopias se subdividieron en *Grupo A:* sin sospecha de LPMG (n°42 /64,6%),*Grupo B:* con sospecha de LPMG (n°23/35,4%).

Resultados: *Grupo A:* EGGIM 0 (100%), Kimura C0 (95,2%), YAGI B0-B1-B2-B3(95,2%), LCI (95,8%), BLI (95,2%), OLGA 0 (100%), OLGIM 0 (100%).Correlación OLGA Y OLGIM con *Grupo B:* OLGA I-II: sospecha de GA (100%), LCI (100%), YAGI A1 (63%), Kimura (56%). OLGIM I-II Sospecha de MI (90%), LCI (100% MI+GA), BLI (60%), EGGIM (50%), YAGI A1-A2 (50%). Tiempo EDA: 12 minutos.

Conclusiones:

1. Efectuar EDA sistematizada, permite explorar áreas que, sumado a ganancia de imagen ayudan al diagnóstico de LPMG.
2. Las clasificaciones y score, permiten predeterminar las áreas gástricas a revisar con luz blanca y ganancia de imagen, optimizando exploración y diagnóstico.
3. EDA 12 min., no alteró el rendimiento de la unidad.

Helicobacter pylori diagnostic tests and indications of treatment from the latin american registry on the management of helicobacter pylori infection (Hp-LATAMReg)

Reyes D[1], Remes J[2], Laudanno O[3], Otero W[4], Piscoya A[5], Ramírez J[6], Otoya G[7], Campos C[8], Medel P[1], Latorre G[1], Chahuan J[1], Arenas A[9], Candia R[1], Mansilla R[10], Vargas J[1], Hanna I[11], Cano A[2], Bosques F[12], Coss E[13], Velarde J[14], Pérez A[14], Félix F[14], Morel E[14], Higuera F[15], Velasco Y[15], Motola M[15], González M[16], Olalde Á[16], Raña R[17], Flores Á[18], Ochoa L[18], Gómez O[19], Yamamoto J[20], Valdovinos L[20], Juárez E[21], Guirao R[21], Bretón G[21], Ortiz N[22], Ruiz E[23], Icaza M[24], Pizarro M[1], Binder M[1], Bustamante M[1], Dukes E[1], Martinez F[1], Silva F[1], Marulanda H[4], Otero L[25], Otero E[25], Trespalacios A[26], Ahumarán G[27], Bedini O[28], Rodriguez P[29], Ustares F[30], Moreno J[8], Fuentes E[1], Cano-Català À[31], Moreira L[32], P. Nyssen O[33], P. Gisbert J[33], Riquelme A[1]

[1]Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Institute of Medical-Biological Research, Universidad Veracruzana, Veracruz, México; [3]Medical Research Institute Doctor Alfredo Lanari, Buenos Aires, Argentina; [4]Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; [5]Guillermo Kaelin de la Fuente Hospital, EsSalud, Lima, Perú; [6]Clínica Liga Contra el Cáncer, Lima, Perú; [7]Guillermo Almenara Irigoyen Hospital, Lima, Perú; [8]Hospital Clínica Bíblica, San José, Costa Rica; [9]Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [10]Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, sede Patagonia, Puerto Montt, Chile; [11]Hospital Alcívar, Guayaquil, Ecuador; [12]Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México; [13]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, CDMX, México; [14]Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México; [15]Hospital General de México, CDMX, México; [16]Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), Toluca, Estado de México, México; [17]Hospital Español de México, CDMX, México; [18]ISSTECALI, Mexicali, Baja California, México; [19]Hospital Ángeles Puebla, Puebla, México; [20]Hospital Medica Sur, CDMX, México; [21]Hospital Juárez de México, CDMX, México; [22]UMAE, CMN Siglo XXI, IMSS, CDMX, México; [23]Instituto Nacional de Cancerología, CDMX, México; [24]Hospital Faro del Mayab, Mérida, Yucatán, México; [25]Centro de Gastroenterología y Endoscopía, Bogotá, Colombia; [26]Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia; [27]Clínica Monte Grande, Buenos Aires, Argentina; [28]Centro de Endoscopía Digestiva, Rosario, Argentina; [29]Instituto Modelo Córdoba, Córdoba, Argentina; [30]Sanatorio Lavalle, Jujuy, Argentina; [31]Endoscopy and Surgery (GOES) research group, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, 08243, Manresa, España; [32]Hospital Clínic de Barcelona, University of Barcelona, Barcelona, España; [33]Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), UAM and CIBERehd, Madrid, España

Background: There is limited information regarding the best approach for *Helicobacter pylori(H.pylori)* management in Latin America.

Objectives: Describe the *H. pylori* diagnostic tests and indications of treatment in Latin America.

Methods: A multicenter, retrospective, international registry (Hp-LATAMReg) was conducted. Information about therapies used by gastroenterologists in six countries (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Mexico, and Peru) from 2015 to 2023 was registered in an e-CRF AEG-REDCap database. The most frequent indications for treatment and diagnostic tests before and after eradication treatment were described.

Results: 1,378 patients were registered, of which 933 (68%) were female. The mean (SD) age of the patients was 53 (14) years. 524 patients (38%) were from Mexico, 210 patients (15%) from Argentina, 210 (15%) from Chile, 200 (14%) from Colombia, 176 (13%) from Peru and 58 (4.2%) from Costa Rica. 1218 (89%) were treatment naïve. The most frequent indication for treatment were non-investigated dyspepsia (n=526, 38%) and dyspepsia with normal endoscopy (n=334, 24%). The main *H. pylori* diagnostic methods before the eradication treatment were: histology (n=905, 67%), rapid urease test (RUT) (n=196, 14%) and ^{13}C urea breath test (UBT) (n=180, 13%). To assess post-treatment eradication, the most frequent *H. pylori* diagnostics test used were: stool antigen (SA) monoclonal test (n=530, 39%), ^{13}C UBT (n=400, 29%) and ^{14}C UBT (n=215, 16%). There were statistical differences between the countries regarding the indication for treatment and the diagnostics methods before and after the eradication therapy (Table 1).

Conclusions: In Latin America, there was marked heterogeneity between the countries regarding the main indications of treatment and the most frequently used diagnostics tests for *H. pylori* infection. It is necessary a consensus on the management of *H. pylori* infection in Latin America.

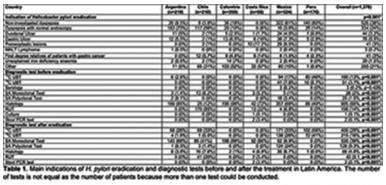


Table 1. Main indications of H. pylori eradication and diagnostic tests before and after the treatment in Latin America. The number of tests is not equal as the number of patients because more than one test could be conducted.

*Chi-square test. MALT = mucosa-assisted lymphoid tissue; UBT = Urea Breath Test; SA = Stool Antigen; RUT = Rapid Urease Test.

Nuevo test dinámico de limoneno en aire espirado, detecta cirrosis con alta precisión y revela signos de hipertensión portal

Méndez L[1], Ginesta C[1], Contreras J[2], Ferrandino G[3], Ricciardi F[3], Murgia A[3], Banda I[3], Manhota M[3], Ahmed Y[3], Sweeney K[3], Nicholson-Scott L[3], McConville L[3], Gandelman O[3], Allsworth M[3], Boyle B[3], Smolinska A[3], Asenjo C[4], Riviotta A[4], Barrientos V[5], Clavo N[5], Gabrielli V[5], Novoa A[2], Jerez M[6]

[1]Hospital Padre Hurtado / Clínica Alemana, Santiago, Chile; [2]Clínica Alemana, Santiago, Chile; [3]Owlstone Medical, Cambridge, Reino Unido (RU); [4]Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [5]Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile; [6]Universidad de Las Américas, Santiago, Chile

Introducción: La cirrosis es un problema de salud mundial por su alta morbimortalidad. Los métodos de diagnóstico más precisos tienen costo elevado y difícil acceso. La determinación de compuestos volátiles en aire espirado puede ser una aproximación no invasiva útil. Se sabe que el limoneno, un compuesto de origen alimentario está aumentado en aliento de pacientes con cirrosis.

Objetivo: Determinar el rendimiento diagnóstico de un test de limoneno en aire espirado para detección de cirrosis.

Metodología: En forma prospectiva se reclutó voluntarios sanos y con cirrosis compensada Child A/B. Se recolectó muestras seriadas de aire espirado (kit ReCIVA® owlstone medical) basal y posterior (20', 40', 60', 90', 120' minutos) a ingesta de solución de limoneno 100 mg/5 ml. Mediante cromatografía de gas/espectrometría de masa se determinó la concentración de limoneno en cada muestra. Se elaboraron curvas ROC para definir el momento con mejor rendimiento diagnóstico. Se registró información epidemiológica, parámetros de laboratorio y la presencia de hipertensión portal.

Resultados: Se analizaron muestras de 29 voluntarios sanos y 29 casos. La eliminación de limoneno presenta una cinética de primer orden y resultó alterada en sujetos con cirrosis, con un peak significativamente mayor en sujetos con cirrosis en todas las mediciones. La muestra obtenida a los 60 min presentó la mejor capacidad de discriminación entre cirrosis y controles ROC 0.91, sensibilidad 0.83, especificidad 0.9, VPP 88.9, VPN 83.8, LR (+) 8.0, LR (-) 0.19. Los niveles de limoneno fueron también más altos en presencia de hipertensión portal.

Conclusiones: El test de limoneno en aire espirado tiene excelente capacidad para diagnosticar cirrosis y se correlaciona con marcadores de hipertensión portal, por lo que puede ser una herramienta útil, no invasiva, para su uso en atención primaria.

Primera experiencia del uso de la inteligencia artificial en la caracterización de pólipos colorectales dentro de la práctica clínica de un centro endoscópico en lima-perú

Chirinos J[1], Valera P[2], Cabrera D[2]

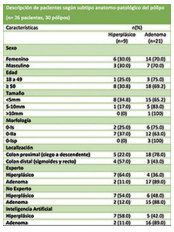
[1]Clínica Angloamericana, Lima, Perú; [2]Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú

Introducción: Actualmente se ha desarrollado una tecnología de detección asistida por computadora (CADe) y otra que predice la estirpe del pólipo (CADx) para intentar mejorar las capacidades diagnósticas de la colonoscopia.

Objetivos: Determinar la precisión diagnóstica de la Inteligencia artificial (CAD EYE) para la caracterización de pólipos colorectales (CADx) en comparación con el diagnóstico de un endoscopista experto, no experto y el estudio anatomo-patológico.

Métodos: Se realizo un estudio prospectivo para evaluar el rendimiento del CAD EYE usando BLI (Blue Light Imaging) y magnificación para la caracterización del pólipo, se categorizaron las lesiones en hiperplásicas y neoplásicas; previamente se realizó el diagnóstico endoscópico según la clasificación de Kudo y Sano por un endoscopista experto e inexperto. Posteriormente dichos pólipos fueron resecados y enviados a anatomía patológica.

Resultados: Evaluamos 30 pólipos con tamaño promedio de 5.1mm, 30% hiperplásicos y 70% adenomas. El no experto demostró una precisión de 73.3%, sensibilidad de 71.4%, especificidad de 77.8%, valor predictivo positivo (VPP) de 88.2%, valor predictivo negativo (VPN) de 53.9% y un área bajo la curva (AUC) de 0.770. El experto demostró una precisión de 80%, sensibilidad de 81%, especificidad de 77.8%, VPP de 89%, VPN de 63.7% y un AUC de 0.817. El CAD EYE demostró una precisión de 77%, sensibilidad de 76%, especificidad de 77.8%, VPP de 88.9%, VPN de 58.3% y un AUC de 0.794. El nivel de concordancia (kappa) fue 0.85 para expertos y no expertos, 0,63 para el experto y CAD eye y 0.50 para el no experto y CAD EYE.



Conclusiones: El CADx superó el diagnóstico realizado por el endoscopista no experto, pero no alcanzó el rendimiento del endoscopista experto, por lo que aún se requiere la experiencia y habilidad clínica de un experto. Se requieren más estudios para confirmar la capacidad de la estrategia "cortar y descartar".

Cobertura del cribado endoscópico para cáncer gástrico en chile. Resultados de la encuesta nacional de salud 2016-2017

CORSI O[1], Fuentes E[2], Latorre G[1], Espinoza M[3], Margozzini P[3], Riquelme A[1], Monrroy H[1]

[1]Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Departamento de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [3]Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer gástrico (CG) es la primera causa de muerte oncológica en Chile. Desde 2006 la autoridad sanitaria recomienda endoscopía digestiva alta (EDA) a la población sintomática ≥40 años. En 2010 se estimó una cobertura de EDA durante el último año en este grupo de 14%.

Objetivo: Evaluar la cobertura de EDA para el cribado del CG en Chile a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-17.

Métodos: La ENS 2016-17 realizó 6.233 encuestas a adultos sobre la presencia de epigastralgia persistente, posible hemorragia digestiva alta y realización de EDA. Se compararon las prevalencias de EDA entre distintos grupos y se construyeron modelos multivariados ajustados por sexo, edad, ingresos, educación, área de residencia y pertenencia a un pueblo originario.

Resultados: Tanto la epigastralgia persistente como una posible hemorragia digestiva alta fueron reportadas por el 4,7%, siendo mayores en el grupo ≥40 años y menor nivel educacional. La prevalencia de EDA realizada alguna vez en la vida alcanzó 20,8%, siendo mayor en mujeres, ≥40 años, seguros de salud privado y población hispana no perteneciente a pueblo originario. La cobertura de EDA de último año en el grupo sintomático ≥40 años aumentó a 19,8%, sin diferencias significativas en el análisis multivariado.

Conclusiones: La cobertura de EDA el último año en ≥40 años sintomáticos para el cribado del CG en Chile es de 19,8%, sin cambios significativos respecto al 2010. Se observa inequidad que desfavorece a hombres de estrato socioeconómico bajo y pueblos originarios.

Gastric cancer global action preparedness (GC-gap) index: a global expert consensus using delphi technique to evaluate the implementation of public policies against gastric cancer

CORSI O[1], Pizarro M[1], Diaz L[1], Espino A[1], Moreira L[2], Fleitas T[3], Camargo M[4], Shah S[5], Huang R[6], Riquelme A[1]

[1]Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España; [3]Biomedical Research Institute INCLIVA, Hospital Clínico Universitario de Valencia / Departmento de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España; [4]Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, Rockville, MD, Estados Unidos (EEUU); [5]Division of Gastroenterology, University of California San Diego, San Diego, CA, Estados Unidos (EEUU); [6]Division of Gastroenterology and Hepatology, Stanford University, Stanford, CA, Estados Unidos (EEUU)

Background: Gastric cancer (GC) is the fourth leading cause of cancer-related death worldwide. GC is more common in countries in East Asia, Eastern Europe, and South and Central America than in the United States and other Western countries. There are differences in the rate of reduction in the incidence and mortality of GC among regions of the world. Part of this heterogeneity may be due to the different public health actions implemented by countries, but there are no validated instruments to evaluate the implementation of public policies (PP) at a global level.

Aim: To develop a preparedness index for PP against GC implemented worldwide.

Methods: A three-round Delphi panel was conducted with the participation of clinicians, scientists, and public health experts, achieving >70% agreement. The objectives of each round were to define the domains (1st round), to determine the indicators (2nd round), and to refine and reach a consensus on the final index (3rd round). The index comprises domains of PP and their respective actions to classify countries into low-, intermediate-, and high-levels of preparation.

Results: Twenty-one, fifty-three, and seventy-one experts participated respectively in each round, with representation from all continents (Figure 1A). Nine domains of preparedness were identified (Figure 1B), each containing between four to 14 actions. The domains concerning treatment of *Helicobacter pylori* infection (94%), tobacco mitigation (91%), safe water access (83%), diet and lifestyle modification (83%), and GC treatment (82%) achieved >80% agreement. By contrast, the domains concerning alcohol use reduction (72%), obesity control (77%), establishing screening programs (74%), and increase GC awareness (78%) achieved <80% agreement. Low-, intermediate-, and high-levels of preparedness were defined according to the implementation status of the items included in each domain.

Conclusions: The preparedness index will be a valuable tool for a standardized evaluation of PP against GC in the world.



Estrategias para la prevención primaria y secundaria del cáncer gástrico: consenso chileno de panel de expertos con técnica delfi

CORSI O[1], Pizarro M[1], Rollán A[2], Silva V[3], Araya R[4], Bufadel M[5], Cortés P[2], González R[1], Fuentes E[6], Latorre G[1], Medel P[7], Reyes D[1], Pizarro M[1], Garchitorena M[8], Zegers M[8], Crispi F[9], Espinoza M[10], Riquelme A[11]

[1]Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Unidad de Gastroenterología, Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [3]Instituto Chileno Japonés de Enfermedades Digestivas. Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Departamento de Medicina Centro. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; [4]Unidad de Gastroenterología y Endoscopia. Hospital Militar de Santiago / Centro de Enfermedades Digestivas. Clínica Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; [5]IntegraMédica, Clínica RedSalud Providencia, Santiago, Chile; [6]Departamento de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [7]Departamento del Adulto y Senescente, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile / Programa de Farmacología y Toxicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [8]Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [9]Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; [10]Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile / Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN), Santiago, Chile; [11]Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile / Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN), Santiago, Chile

Introducción: El cáncer gástrico (CG) es la primera causa de muerte oncológica en Chile y la sexta en Latinoamérica y el Caribe (LAC). No existen programas de cribado de *H pylori* ni condiciones premalignas o CG incipiente en LAC.

Objetivos: Establecer recomendaciones para la prevención primaria y secundaria de CG en población asintomática de riesgo estándar en Chile.

Métodos: Se hicieron dos talleres y un seminario (sincrónicos a distancia), con expertos chilenos. Se realizó un consenso por panel Delfi de 2 rondas hasta lograr >80% de acuerdo, en estrategias de prevención primaria y secundaria.

Resultados: En los 2 talleres y el seminario, participaron 10, 12 y 12 expertos, respectivamente. En el panel Delfi respondieron 25/37 (77,14%) y 28/52 expertos (53,85%). Para la población de 16-34 años no hubo consenso sobre *testear y tratar H. pylori* y se descartó el uso de endoscopía digestiva alta (EDA). Entre 35-44 años se recomienda *testear y tratar* de forma no invasiva (Antígeno deposiciones para *H. pylori o prueba de aire espirado)* y evaluar posteriormente su erradicación con pruebas no invasivas. En el grupo ≥45 años se recomienda una estrategia combinada mediante *testear y tratar* para *H. pylori* sumado a biomarcadores no invasivos en sangre (IgG *H. pylori*; Pepsinógeno I-II); luego se propone derivación a EDA del grupo de alto riesgo de condiciones premalignas o CG, con biopsias gástricas (Protocolo Sídney), para estratificar riesgo, en base a clasificación OLGA (*Operative Link for Gastritis Assessment*) y planificar seguimiento cada 5 años (OLGA I-II) ó 3 años (OLGA III-IV).

Conclusiones: Se propone una estrategia de prevención primaria en base a estudios no invasivos en la población de 35-44 años y una estrategia combinada de prevención primaria y secundaria en población ≥45 años. Estas estrategias son potencialmente aplicables por otros países de LAC.



Caracterizacion hematimetrica de cirrosis hepática compensada

RAMOS M[1], Garcia A[2], Fernandez S[3], Quero E[4], Cheme R[4], Marin E[4]

[1]Instituto Anatomico/Facultad de Medicina, Uni, Caracas, Venezuela; [2]Catedra de Fisiologia/Escuela de Medicina Luis Razetti, Caracas, Venezuela; [3]Servicio Gastroenterologia/Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela; [4]Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela

Las alteraciones hematológicas asociada mortalidad atribuible a cirrosis hepática han sido poco referenciadas en la población venezolana.

Objetivo: Establecer las características hematimétricas en cirrosis hepática compensada.

Métodos: Estudio epidemiológico de corte transversal. Muestra evaluada 60 pacientes cirróticos, compensados, de ambos sexos. Se realizó historia clínica y hematimetría automatizada.

Resultados: La edad promedio fue de 60,17 ± 10,49 años. El 50% fueron mujeres. El 38.33 % refirió consumo de alcohol y el 31.67 % hábito tabáquico. La etiología más frecuente fue por alcohol (26,67 %). La concentración de hemoglobina fue 10,26 ± 2.26 g/dL (IC 95% 9,69 a 10,83 g/dL); de eritrocitos 3,60 ± 0,76 x 10^6 cel/µl (IC 95% 3,41 a 3,79 x 10^6 cel/µl); de hematocrito 31,89 ± 6,86 % (IC 95% 30,15 a 33,63 %), de leucocitos 5,75 ± 2,74 x 10^3 cel/µl (IC 95% 5,06 a 6,45 x 10^3 cel/µl), y de plaquetas 137,26 ± 72,43 x 10^3 cel/µl (IC 95% 118,70 a 155,35 x 10^3 cel/µl). El promedio de INR fue 1,34 ± 0,21 (IC 95% 1,26 a 1,42). No hubo diferencias estadísticas según sexo (p > 0,05, Prueba t de Student, alfa = 0,05). El 85 % presento anemia, el 60% hipocromía, el 63,33% normocitosis, el 16,67% microcitosis, 35% leucopenia, 48,3 % linfopenia. Esta fue significativamente mayor en hombres (78 % vs 13 % en mujeres, p= 0, 002, Prueba exacta de Fisher. alfa = 0,05). La frecuencia de trombocitopenia fue de 61,67% siendo la leve la más frecuente (46%); sin diferencias en las proporciones según sexo (p = 0,425, Prueba de tendencias de Cochran-Armitage. alfa = 0,05). El 97 % de la muestra presentó al menos una citopenia y el 41,67% pancitopenia.

Conclusión: Se muestra evidencia de las características hematológicas que podrían ser de utilidad para la evaluación pronóstica de cirrosis chepatica compensada la población venezolana.

Características epidemiológicas de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de consultorio ambulatorio del departamento de gastroenterología de un centro de referencia en paraguay

MORÁN E[1], MIRANDA M[2], RIQUELME E[2], PÉREZ R[2], MORALES G[2]

[1]Hospital de Clínicas - Universidad Nacional de Asuncion, San Lorenzo, Paraguay; [2]Hospital de Clinicas - Universidad Nacional de Asuncion, Asuncion, Paraguay

Introducción: La incidencia y la prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se han incrementado en los últimos años en varios países de Latinoamérica. Actualmente no se disponen de datos relacionados a la enfermedad inflamatoria intestinal en el Paraguay.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que acuden al Departamento de Gastroenterología del Hospital de Clínicas en Paraguay en el período de 2019 al 2021.

Métodos: Observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

Resultados: Se analizaron un total de 2178 registros y se encontraron 44 casos de EII. La frecuencia de consultas por EII fue de 1.92% del total de casos atendidos. La mayoría de los pacientes tenían el diagnóstico de rectocolitis ulcerativa (81%), seguido de la enfermedad de Crohn (14.3%) y colitis indeterminada (4.7%). La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 38±2 años. La mayoría de los pacientes provenían de áreas urbanas (61,9%) y fueron remitidos de otros centros hospitalarios (61,9%). En cuanto a los síntomas, la diarrea, la rectorragia y el dolor abdominal fueron los más frecuentes. El tratamiento farmacológico se realizó en el 90,4% de los pacientes, siendo los corticoides orales y la mesalazina los más utilizados. En cuanto a las recaídas de la enfermedad, se registraron en el 45,2% de los pacientes con rectocolitis ulcerativa y en el 4.8% de los pacientes con enfermedad de Crohn. No se identificaron fallecimientos relacionados con las EII.

Conclusiones: La enfermedad inflamatoria intestinal es más frecuente en pacientes jóvenes, principalmente en mujeres, y el tipo más común es la rectocolitis ulcerativa.

Marcadores diagnósticos de enfemerdad celiaca en una muestra poblacional de venezuela

FERNÁNDEZ S[1], García A[2], Ramos M[3]

[1]UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, Caracas, Venezuela; [2]Escuela de Medicina Luis Razetti/Facultad de Medicina, Caracas, Venezuela; [3]Laboratorio Ultraesctructura e inmunoquimica toxinologica/Facultad de Medicina., Caracas, Venezuela

Introducción: La epidemiología de la Enfermedad Celiaca en Venezuela ha sido poco documentada, lo cual justifica la valoración de herramientas diagnósticas establecidas para la misma.

Objetivo: Determinar la prevalencia de marcadores moleculares, serológicos, endoscópicos e histológicos en pacientes con enfermedad celiaca.

Métodos: Estudio epidemiológico de tipo corte transversal, descriptivo. a cada paciente participante se le realizó análisis de marcadores serológico, endoscópicos, histológicos y moleculares de enfermedad celiaca.

Resultados: La muestra evaluada fueron 59 hombres y 52 mujeres con enfermedad celiaca. La edad promedio de la muestra total fue 35 ± 17 años (IC 95 % de 32 a 39 años.). El 87.4 % de la población fue diagnosticada con más 3 años de inicio de síntomas. El 73.6% y el 77.69% presentaron valores elevados de Ig M e Ig G anti-transglutaminasas. El 46.8 % presentó valores de corte elevado de anticuerpos antiendomisiales. Desde el punto de vista endoscópico el 26% presentó duodenopatía con erosión superficial, el 30% mucosa duodenal lisa y el 33% duodenopatía. EL 45% de los pacientes presentó biopsia duodenal MARSH 1, el 13.5 % MARSH 3A y el 7,2% MARSH 4. La presencia del alelo HLA-DQ2 fue del 52,35% y la del HLA-DQ8 de 43,25%.

Conclusión: Se reporta la frecuencia de marcadores serológicos, endoscópicos, histológicos y moleculares de enfermedad celiaca en una muestra poblacional de Venezuela enfermedad celiaca. Los resultados permitirían soportar las bases para establecer herramientas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con esta condición.

Urgencia fecal: un síntoma a considerar en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Nuñez P[1], Simian D[2], Estay C[2], Quera R[3], Carvajal F[2], Olivares C[4], Flores L[3], Maulen C[2], Perez de Arce E[2], Calderon P[3]

[1]Clínica Universidad de los Andes/Hospital San Juan de Dios Facultad Medicina Universidad de Chile Occidente., Satiago, Chile; [2]Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [4]Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: La urgencia fecal (UF) es referida habitualmente en pacientes con colitis ulcerosa (CU), siendo más frecuente en los brotes de actividad inflamatoria (92% vs 11%). Ha sido asociada a un mayor riesgo de hospitalización, uso de corticoides, necesidad de colectomía y deterioro en la calidad de vida (QoL). La UF actualmente no es parte de los scores de actividad clínica.

Objetivos: Evaluar la presencia de UF en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), determinando la asociación entre UF y síntomas, calprotectina fecal y QoL de los pacientes.

Métodos: Estudio analítico, transversal, de pacientes con EII atendidos entre marzo-julio 2023 en 3 centros de Santiago, con CF realizada +/- un mes de la evaluación clínica. La QoL fue determinada a través del Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-32). Se utilizó la escala EII-Control para el auto-reporte de salud del paciente (PRO). Para la comparación de grupos (con y sin UF), se utilizó test de chi2 y test de Mann-Whitney para variables categóricas y continuas, respectivamente. Se consideró estadísticamente significativo valor p <0.05.

Resultados: Se incluyeron 268 pacientes con EII; 71% CU, 70% mujeres, mediana de edad 40 años (rangointercuartílico 28-49) y 6 años de duración de enfermedad (2.2-11). Un 41% se encontraba bajo terapia biológica. Se pesquisó UF en el 20% (53 pacientes), 1/3 de ellas moderada-severa. La UF tuvo una asociación estadísticamente significativa con la actividad clínica y calprotectina fecal, como también a un mayor deterioro de la QoL. En la Tabla 1 se describe la comparación de grupos con y sin UF.

Conclusión: En esta cohorte, demostramos que la UF está presente en un 20% de los pacientes con EII, asociándose a actividad inflamatoria y deterioro de la calidad de vida. Esto confirma la necesidad de incluirla como un objetivo a evaluar y tratar en pacientes con EII.

Barrett's esophagus in chile: characterization of an endoscopic cohort and factors associated with the neoplasia detection rate

FUENZALIDA M, latorre g, felipe s, Vargas J, Corsi O, Palma R, Torres J, Nieto R, Constanzo V, Fuentes G, Nilo M, Salgado L, Vargas C, Espino A

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, Santiago, Chile

Background: Esophageal adenocarcinoma (EAC) incidence has increased in Western countries and Barrett's esophagus (BE) is the only known premalignant condition. BE affects 1% of the population and up to 14% of patients with gastroesophageal reflux disease. Available data in Latin America and Chile are scarce.

Aims: To characterize patients with BE in a Chilean cohort. To measure the detection rate of low-grade dysplasia (LGD), neoplasia detection rate (NDR), and to evaluate the association with endoscopic quality criteria.

Methods: Longitudinal cohort study of patients with BE evaluated endoscopically at Red Salud UC-CHRISTUS between January 2015 and December 2022 (ethical committee approval 221227003). Patients with a history of other digestive neoplasms and referrals for BE/EAC were excluded. Demographic, endoscopic, and histological variables were evaluated. NDR was defined as the presence of high-grade dysplasia (HGD) or EAC during the first endoscopy. Multivariable logistic regression was performed to determine variables associated with the NDR.

Results: N=422 patients with BE (62% men; 58 years old, range 17-87 years). The overall frequency of BE was 0.46% (422/91723 EGD); per year increased from 0.33% in 2015 to 0.72% in 2022. The DBG detection rate was 3.8% (n=16). The NDR was 1.7% (n=7). The mean maximum EB length was 3.7 cm (1-18 cm). The application of Prague classification and chromoendoscopy was described in 66% (n=280) and 44% (n=185), respectively. Variables independently associated with NDR were age (OR 1.08;95%CI:1.01-1.16), use of chromoendoscopy (OR 10.1;95%CI:1.03-96) and detection of visible lesions (OR 43.7;95%CI:4.9-393). Figure 1.

Conclusions: The frequency of BE in a Chilean cohort has increased over time. The use of chromoendoscopy and detection of visible lesions increase the NDR, which reinforces the importance of the adherence to endoscopic quality criteria in BE.



¿Permiten la presencia de los síntomas digestivo hacer diagnóstico de malabsorción e intolerancia a la fructosa? Estudio en una cohorte chilena

CARVAJAL R, Simian D, Madrid A

hospital clínico universidad de chile, Santiago, Chile

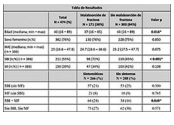
Introducción: la malabsorción de fructosa (MF) es una condición que se produce por la incapacidad del intestino de absorber la fructosa, ya sea por saturación o escasez de los receptores GLUT5, específicos parafructosa. Al llegar la fructosa no absorbida al colon es fermentada por la microbiota pudiendo generar síntomas digestivos como dolor abdominal, hinchazón o diarrea.

Objetivo: Evaluar la presencia de MF y síntomas relacionados a su administración, además relacionar síntomas a la presencia de sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI) y síndrome de intestino irritable (SII).

Método: estudio observacional, transversal, retrospectivo, entre 2012-2022 en pacientes sintomáticos que se realizaron test de aire espirado (TAE) para MF (TAE-F), se analizó presencia de SBI con TAE con lactulosa y encuesta de síntomas en 180 minutos de estudio: dolor, hinchazón y diarrea con intensidad de 0-10. Encuesta Roma IV para SII. Análisis estadístico: test de Shapiro-Wilk, chi2 y test de Mann-Whitney. p<0.05 significativo**.**

Resultados: Se ingresó 479 pacientes, edad promedio 40 años (16-89), 76% femenino. Un 36% presento MF, el 65.3% reportó síntomas durante el TAE-F. El más frecuente fue hinchazón (87%), seguida de dolor abdominal y diarrea (43% y 34%), sin diferencia en frecuencia e intensidad de síntomas entre los pacientes con y sin MF. El 72% de los pacientes con MF presentó SBI, significativamente mayor que los pacientes sin MF. La comorbilidad con SII no fue significativa. Tabla adjunta.

Conclusión: la MF es condición frecuente en pacientes sintomaticos de nuestro estudio. La presencia de síntomas no es parámetro que sirva para evaluar la presencia de MF. Este estudio reportó que la presencia de síntomas es sólo significativa en pacientes con MF y SBI. Por lo tanto, la presencia de síntomas digestivos por sí solo no nos permiten hacer el diagnostico de Malabsorción de Fructosa versus intolerancia.



¿Es la obesidad un factor que modifica la impedancia basal nocturna?

CARVAJAL R[1], Simian D[1], Defilippi C[1]

[1]Hospital clínico universidad de chile, santiago, chile

Introducción: La impedancia basal nocturna (MNBI) es una métrica de los estudios de reflujoque se correlaciona de forma inversa al tiempo de exposición ácida (AET)

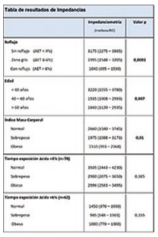
reflejando la integridad de la mucosa esofágica y se encuentra disminuida en paciente con reflujo patológico (ERGE) en comparación con sujetos normales. Observaciones recientes sugieren que la obesidad sería un factor que pudiera alterar la integridad de la mucosa independientemente de la exposición acida,haciendo que este grupo de pacientes fuera más susceptible al daño por ácido.

Objetivo: estudiar si la obesidad afecta la MNBI en forma independiente al AET.

Método: Estudio observacional, transversal, retrospectivo. En un grupo de pH-impedaciometrías de 24 horas (pH-I) (Digitrapper®, Medtronic) se evaluó parámetros clásicos de reflujo más la MNBI en canal distal según técnica estándar. Los sujetos se subdividieron según índice de masa corporal (IMC) y AET. Se consideró ERGE un TEA >6%. Método estadístico: test de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney.

Resultados: 160 pacientes, 112 (70%) mujeres, edad 52±14.5 años, 62 (39%) con AET >6%. Según IMC 31% eran normopeso y 25% eran obesos (IMC≥30). La MNBI fue significativamente menor en pacientes con AET >6% vs AET normales, 1040 vs 3175Ω (p<0,0001), y en pacientes obesos vs normopeso, 1510 vs 2660Ω (p<0.01). Al evaluar si la MNBI era menor en pacientes obesos independientemente de su AET (<4%, >6%) no se encontró diferencias significativas (p=0.155 y p=0.385 respectivamente). Ver tabla.

Conclusión: La MNBI permitediscriminar grupos de pacientes con o sin ERGE, incluso en zona gris. El IMC se relaciona inversamente con la MNBI, sin embargo no encontramos diferencia significativa al subdividir los grupos con y sin ERGE según IMC. En nuestra población estudiada la disminución de la MNBI está dada por la presencia deERGE, sin ser la obesidad un factor independiente que la afecte.



Fragilidad del adulto mayor: su impacto en el tratamiento endoscópico de lesiones neoplásicas colorrectales. Informe preliminar.

Lafage M[1], Arias M[1], Sambresqui A[1], Laudanno O[1], PUCCI B[1]

[1]Instituto de investigaciones médicas alfredo lanari, buenos aires, argentina

La fragilidad surge para una valoración integral de las reservas fisiológicas del paciente ante estresores, para medirla utilizamos el Fenotipo de Fragilidad de Fried.Nuestro objetivo es explorar si los pacientes frágiles y con fuerza de prensión de la mano (FPM) disminuida presentan mayores complicaciones luego de procedimientos endoscópicos. Incluimos pacientes mayores de 65 años que realizaron una video-colonoscopia (VCC) por síntomas desde enero del 2021. Se evaluaron las complicaciones generales (cardíacas/respiratorias), durante y pos-procedimiento inmediato (24hs), a los 30 días y al año (internaciones, exacerbación de enfermedades preexistentes, aparición de enfermedades nuevas y óbito).Se enrolaron 147 pacientes (99 [67.4% mujeres]). La edad mediana de 73 (68-78). Hasta el momento se realizaron VCC a 139 (94.6%). Veintisiete (19.4%) VCC fueron normales. El pólipo fue el hallazgo endoscópico más frecuente n = 83 (56.5%) y el 27.7% fueron adenomas avanzados. En 46 de ellos se realizó polipectomía y en 16 mucosectomía.78 pacientes (53.1%) estaban dentro del grupo vigoroso y 69 (46.9%) en el grupo pre-frágil/frágil, edad 70 (66-73) vs. 77 (73-80); p=0.0001.Veinticuatro pacientes (17.4%) registraron complicaciones generales en el intraprocedimiento, sin diferencias significativas entre el grupo vigoroso (62.5%) y pre frágil/frágil (37.5%). El 87.5% de las complicaciones ocurrió en los pacientes FPM normal (p=0.07).Solo se registraron complicaciones al año en 11 (20.4% [5 óbitos y 6 desarrollo/exacerbaciones de enfermedades]; y existió mayor complicación en el grupo pre-frágil/frágil (53.5% vs. 46.5%; p=0.6) y en el grupo con menor FPM (90.7% vs. 9.3%; p< 0.0001).En el modelo ajustado solo la edad se asoció a mayor riesgo de complicaciones al año (OR: 1.12, IC 95%: 1.01-1.25; p= 0.035) independientemente del sexo, fenotipo, FPM.Contrario a nuestra hipótesis no encontramos mayor incidencia de complicaciones intra procedimiento en el grupo pre-frágil/frágil ni con FPM disminuida.

Asociación entre el índice de masa corporl y la respuesta serológica a la vacuna contra sars-cov-2 en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Ernest K[1], Yeaman F[1], Quan J[1], Rowan C[1], Ma C[1], Panaccione R[1], Hracs L[1], Sharifi N[1], Herauf M[1], Markovinovic A[1], Coward S[1], Windsor J[1], Caplan L[1], Ingram R[1], Seow C[1], Novak K[1], Lu C[1], Kaplan G[1]

[1]University of Calgary, Calgary, Canadá

Introducción: Las vacunas son eficaces independientemente del índice de masa corporal (IMC). La duración de la respuesta serológica (RS) en personas obesas con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) no ha sido estudiada.

Objetivo: Determinar la asociación entre IMC y RS en individuos con EII vacunados contra SARS-CoV-2 (VCS).

Métodos: Adultos con EII VCS (≥2 dosis) reclutados en la cohorte STOP-COVID-19-IBD. Peso, talla, IMC documentados al reclutamiento y estratificados como "obsesos" (IMC≥30) o "normal-sobrepeso" (IMC18.5-30) según la CDC. Anticuerpos IgG anti-S (proteína espícula) medidos con ensayo Abbott Architect SARS-CoV-2-IgG-II-Quant: semanas 1-8 post-1º dosis vacunal, semanas 1-8 y 8+ post-2º, 3º, 4º dosis. Sexo, edad, tipo de EII y medicación al momento de 1º dosis comparados según IMC usando chi-cuadrado para frecuencias y Mann-Whitney-U para medias. Tasas de RS positiva (≥50AU/mL) comparadas según IMC con pruebas de proporciones de dos muestras. Concentraciones anti-S, reportadas en media-geométrica de títulos (GMT), comparadas usando Mann-Whitney-U. Los momentos en el tiempo con diferencias significativas en GMT, se usó regresión lineal multivariable modelando la asociación obesidad-concentración anti-S, ajustada para edad, sexo, tipo de EII, medicación e infección previa por COVID-19.

Resultados: 105 obesos y 362 no-obesos reclutados. RS similar entre grupos para todas las dosis. Anti-S incrementó significativamente en IMC≥30 en semanas 1-8 post-3º dosis (18721 vs. 11304AU/mL). No diferencias en GMT en otros momentos (Tabla 1, Figura 1). Esta asociación obesidad-concentración anti-S se mantuvo luego de ajustar factores de confusión (media-geométrica: 1.61; 95%CI: 1.16,2.22, *p*=0.004).

Conclusión: RS en IMC≥30 similar a no-obesos en pacientes con EII; excepto una RS mayor inicial luego de la 3º dosis vacunal. Más estudios son necesarios explorando factores clínicos, farmacodinámicos, o inmunológicos que expliquen mayor RS en individuos obesos con EII y si eso implica mayor protección.



Litiasis biliar y masld: la colelitiasis es un factor de riesgo y la colecistectomía parece tener un rol protector. Estudio de cohorte y análisis multivariados

Jara C[1], Corsi O[1], Fernandez M[1], Gonzalez F[1], Valdes A[1], Perez D[1], Pastore A[1], Castillo I[1], Huete A[1], Briceño E[1], Arrese M[1], CANDIA R[1]

[1]Pontificia universidad católica de chile, santiago, chile

Introducción: El hígado graso asociado a trastorno metabólico (MASLD) frecuentemente produce cirrosis. Estudios transversales sugieren que la colecistectomía duplicaría el riesgo de MASLD, lamentablemente, ese diseño metodológico no permite establecer si el MASLD se desarrolló antes o después de la cirugía.

Objetivo: Evaluar en un estudio longitudinal si la colelitiasis o la colecistectomía se asocian a MASLD.

Métodos: Cohorte retrospectiva comparando 2 grupos: colecistectomizados vs pacientes con vesícula *in-situ*, todos con hígado sano (imagen y laboratorio normales). El desenlace principal fue el desarrollo de MASLD. Se excluyeron pacientes con consumo excesivo de alcohol u otra hepatopatía. Se calculó un tamaño muestral de 441 participantes (error α 5%, poder 95%, MASLD 30% vs 15%). Se ejecutaron curvas de sobrevida y análisis multivariados (modelo proporcional de Cox).

Resultados: Se incluyeron 486 participantes, 36.4% colecistectomizados, 63.6% con vesícula *in-situ*. El seguimiento medio fue 9.5 años. La edad promedio fue 47 ± 15años, 72.8% sexo femenino, 44.4% tenía colelitiasis. Colelitiasis fue la principal indicación quirúrgica (87.6%). El 31.5% desarrolló MASLD. En los análisis univariados, los pacientes colecistectomizados padecían más frecuentemente colelitiasis (87.6% vs 19.7%), sobrepeso-obesidad (63.8% vs 50.8%), hipertensión (42.4% vs 26.9%), diabetes-prediabetes (41.8% vs 29.8%) (p<0.01). El desarrollo de MASLD fue similar en ambos grupos (30.5% vs 32%, p=0.73) (figura 1). En el análisis multivariado, ajustado por edad, sexo, presencia de pólipos vesiculares, dislipidemia e hipertensión, padecer colelitiasis (Hazard-Ratio (HR): 1.7, [IC95% 1.1-2.65]), diabetes-prediabetes (HR: 1.43 [1.02-2.01]), sobrepeso-obesidad (HR: 4.46 [2.76-7.19]) fueron factores de riesgo de MASLD, mientras que la colecistectomía se comportó como factor protector (HR: 0.56 [0.35-0.87]). El análisis de subgrupo en pacientes con litiasis concuerda con este hallazgo (figura 1).

Conclusión: En este estudio longitudinal-retrospectivo, la colelitiasis se asocia independientemente al desarrollo de MASLD, mientras que la colecistectomía parece tener un rol protector. Futuros estudios deben confirmar estos hallazgos.



Alteration of gut microbiota composition in the progression of liver damage in chilean patients with metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease

ZAZUETA A[1], Valenzuela L[1], Ortiz N[1], Pinto A[1], Torres V[1], Guinez D[2], Aliaga N[2], Merino P[2], Sandoval A[2], Covarrubias N[2], Cattaneo M[2], Madrid A[2], Roblero J[2], Poniachik J[2], Gotteland M[1], Magne F[1], Beltran C[1]

[1]UNIVERSIDAD DE CHILE, Santiago, Chile; [2]Hospital Clínico, Santiago, Chile

Introduction: Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD), is a diverse and complex liver disorder associated with metabolic syndrome. The global prevalence of MASLD has increased over the past decades, from 21.9% in 1991 to 37.3% in 2019, becoming a global public health problem. Interestingly, South America has experienced the most rapid change in MASLD prevalence (2.7% per year) and severity. The pathogenesis of MASLD involves multiple factors, including excessive lipid accumulation, genetic and epigenetic influences, insulin resistance, and gut microbiota alterations. The composition of gut microbiota is associated with geographical location and may contribute to the development and severity of MASLD.

Objectives: The aim of this study was to identify microbial signatures in Chilean MASLD patients and in the progression of MASLD.

Methods: This study included a total of 40 subjects among them 7 healthy controls (HC), 6 NO MASLD, 14 MASLD without fibrosis, and 13 MASLD with fibrosis. DNA was extracted from fecal samples and the v3-v4 region of the 16S rRNA gene was sequenced. Statistical analyses were performed using R software.

Results: No significant differences were observed in alpha diversity or beta diversity. Nevertheless, the Canonical correspondence analysis (CCA) clusters the gut microbiota samples in 3 groups, suggesting a possible association between MASLD and the gut microbiota. Revealing significant alterations in MASLD patients compared to HC and NO MASLD. MASLD patients had higher proportions of Veillonellaceae family and Bilophila genus, but lower abundance of Defluviitaleaceae family, Erysipelotrichaceae genus, Senegalimassilia genus, Defluviitaleaceae UGG-011 genus, and Lachnospiraceae ND 3007 genus compared to HC.

Conclusions: These differences in microbial composition may play a role in the development and progression of MASLD. Moreover, specific microbial taxa were associated with different stages of liver fibrosis, indicating potential links between gut microb.

Development of an artificial intelligence system for detecting chronic atrophic gastritis based on endoscopic images

Tramon J, Mery D, Latorre G, Vela J, Irrarazabal M, Silva F, Espino A, Roa J, Riquelme A, Achurra P

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

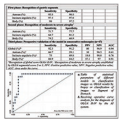
Introduction: Chronic atrophic gastritis (CAG) is a gastric preneoplastic condition. Endoscopic detection of CAG currently relies on gastric mapping biopsies and histopathologic grading to stratify gastric cancer risk. However, these biopsies involve risks (bleeding and perforation) and costs.

Objective: Todevelop an artificial intelligence (AI) system to evaluate endoscopic images and detect the presence of moderate to severe gastric atrophy.

Methodology: We performed a prospective diagnostic test study. An AI algorithm was created to determine the degree of gastric atrophy on gastroscopy videos. In the first phase, we implemented a gastric segment recognition algorithm using trained convolutional neural network models. In the second phase, we trained deep learning models to classify segmented regions into absent/mild atrophy *vs.* moderate/severe atrophy, using histopathological diagnosis as the gold standard. Finally, validation was performed in 47 new consecutive videotaped endoscopies from patients and compared the AI prediction to the histopathological diagnosis.

Results: In the study's first phase, gastric segment recognition showed high sensitivity and specificity to determine the region of the endoscopic images (body, incisura angularis and antrum, Table). In the second phase, the AI system achieved satisfactory overall sensitivity and specificity in detecting moderate to severe gastric atrophy (Table). Finally, in the prospective validation phase, the AI system also outperformed the endoscopist in the diagnosis of moderate to severe gastric atrophy (OLGA II-IV) with a sensitivity and specificity of 92% and 91% *vs.* 85% and 75%, respectively (Table). This AI approach showed a negative predictive value of 97% and may help to avoid up to 68% of unnecessary gastric biopsies.

Conclusion: The development of this AI system for detecting gastric atrophy on endoscopic images demonstrates a high potential to improve the accuracy and efficiency of clinical diagnosis. However, further prospective external validation is required to confirm its effectiveness and safety.



Éxito terapéutico del enfoque escalonado para el manejo de la pancreatitis grave con colecciones necróticas en un centro de alta complejidad

Guíñez D[1], Toledo P[1], Muñoz P[1], Mancilla C[1], Palavecino P[1], Illanes V[1], Cisternas I[2], Loyola I[2], Berger Z[1]

[1]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Las colecciones necróticas pancreática y peripancreática son una complicación potencialmente grave de la pancreatitis aguda (PA). El manejo mínimamente invasivo y escalonado de la necrosis amurallada (NA) puede mejorar la sobrevida.

Objetivos: Describir nuestra experiencia de drenaje endoscópico por endosonografía (DEE) con o sin drenaje percutáneo (DP) en pacientes con PA y NA.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de pacientes con PA y NA sometidos a DEE como parte del enfoque escalonado entre el periodo 2020-2023. Se realizó estadíastica sumaria para el análisis.

Resultados: Se analizaron 12 pacientes. Ocho pacientes presentaron PA severa (APACHE II 14å 8 y SOFA 5å 4) con falla orgánica múltiple (mediana: 3 órganos), 4 PA moderadamente severa. Todos recibieron el tratamiento habitual, 8 requirieron manejo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La indicación para intervención fue complicación séptica en 8 y síntomas de masa en 4. El DEE de la NA fue la única vía de drenaje en 7 casos y se agregó DP en 5 pacientes, ninguno requirió cirugía. El cultivo fue positivo en 8 de 9 muestras tomadas, polimicrobiano en el 50% de los casos y los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Enterococo faecium* (3/8) y *Cándida albicans* (3/8). Como complicación ocurrió sangrado en 3 de 12 pacientes, dos en terapia anticoagulante. La NA se resolvió en un 100% de los casos.

Un paciente falleció tardíamente por neumonía, los otros pacientes fueron dados de alta después de una larga hospitalización (mediana total: 63 días UCI: 14 días). La mediana de costo hospitalario fue $53.626.684.

Conclusiones: Esta serie demuestra el alto porcentaje de éxito terapéutico y baja tasa de complicaciones del DEE. El manejo multidisciplinario y las técnicas mínimamente invasivas disminuyen la mortalidad en el grupo más grave en PA, lo que se asoció a un alto costo hospitalario.

Comparación de la respuesta serológica a la vacunación contra sars-cov-2 en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal fumadores y no fumadores

Ernest K, Quan J, Yeaman F, Rowan C, Ma C, Panaccione R, Hracs L, Sharifi N, Herauf M, Markovinovic A, Coward S, Windsor J, Caplan L, Ingram R, Seow C, Novak K, Lu C, Kaplan G

University of Calgary, Calgary, Canadá

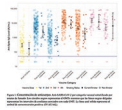
Introducción: El fumado se asocia con menor respuesta serológica (RS) a la vacunación contra SARS-CoV-2 (VCS) con dos dosis en la población general[1]. El impacto del fumado en RS a dosis adicionales de VCS no ha sido reportado en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (PEII).

Métodos: Se reclutaron PEII (cohorte STOP-COVID-19-IBD[2]) con VCS (≥2 dosis). Estatus de fumado (EF) documentado al inicio; sujetos estratificados como "fumadores" (fumadores activos) y "no-fumadores" (pacientes no fumadores o fumadores inactivos). RS evaluada determinando anticuerpos IgG anti-S (proteína espícula) con ensayo Abbott Architect SARS-CoV-2-IgG-II-Quant: semanas 1-8 post-1º dosis vacunal, y semanas 1-8 y 8+ post-2º, 3º, 4º dosis. Sexo, edad, tipo de EII y medicación al momento de 1º dosis comparados según EF usando chi-cuadrado para frecuencias, Mann-Whitney-U para medias. Tasas de RS positiva (≥50AU/mL) comparadas según EF con pruebas de proporciones de dos muestras. Concentraciones anti-S, reportadas en media-geométrica de títulos (GMT), comparadas usando Mann-Whitney-U.

Resultados: 23 fumadores y 370 no fumadores identificados. Edad media en fumadores fue significativamente mayor a no fumadores (58.2 vs. 47.1 años; $p<0.001$). RS similar en ambos grupos para las diferentes dosis. Títulos anti-S fueron significativamente menores en los fumadores comparados contra no fumadores en el lapso 8+ semanas después de 3º dosis vacunal (1804 AU/mL vs. 4741 AU/mL, $p=0.019$). Los GMTs en otros momentos no tuvieron diferencias significativas entre ambos grupos según EF. (Tabla 1, Figura 1).

Conclusión: En esta cohorte, fumadores activos tuvieron una RS reducida significativamente después de la 3º dosis vacunal comparado con no fumadores. Esta diferencia no se observó luego de recibir una 4º dosis. Se debe recomendar una 4º dosis de VCS para los PEII, particularmente en fumadores. Estos resultados refuerzan la importancia de educar en cesación de fumado en PEII.





Prevalencia de hla DQ2/DQ7/DQ8 en pacientes con estudio de susceptibilidad genética para enfermedad celíaca en un centro universitario

Guíñez D, Miranda J, Covarrubias N, Maureira D, Ferrer P, Madrid A, von Mühlenbrock C

Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía inmunomediada crónica gatillada por la dieta con gluten de carácter multifactorial en un contexto de susceptibilidad genética. Los antígenos leucocitarios humanos (HLA) contribuyen en el riesgo genético entre 25-40% y dependiendo del haplotipo es el riesgo asociado a desarrollar EC. Su estudio complementa el diagnóstico. En Latinoamérica existen escasos reportes sobre prevalencia de HLA DQ2, DQ7 y DQ8 en pacientes con estudio genético de enfermedad celíaca.

Objetivo: Conocer la prevalencia para genotipos HLA DQ2, DQ7 y DQ8 en un centro de alta complejidad.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizó la totalidad de los exámenes solicitados de HLA DQ2, DQ7 y DQ8 entre febrero 2015 y mayo 2023. Se realizó estadística sumaria para el análisis.

Resultados: De un total de 285 pacientes estudiados, 78% fueron mujeres, con una edad promedio de 37,7 años (DE ± 18,9). La positividad global del estudio de susceptibilidad genética para EC fue de 85%. Considerando sólo los resultados para DQ2-DQ8, la positividad fue de 67%. El genotipo más frecuente en la población estudiada fue DQ2/(-) 17,5%, DQ7/(-) 17,5% y DQ2/DQ8 14,7% (Tabla 1).

El 60% de los pacientes contaba con estudio para anticuerpo IgA anti transglutaminasa (anti-tTG); 29 pacientes fueron positivos, 22 (75%) de estos tenían un genotipo que al menos portaba un alelo HLA DQ2. Solo un paciente no presentó genotipo de riesgo con anti-tTG positivo.

Conclusión: Encontramos una alta prevalencia de genotipos de riesgo para enfermedad celíaca, con predominio del alelo HLA DQ2 tanto en la población estudiada como en sujetos con anti-tTG positiva. El impacto de esta caracterización genotípica requiere ser cotejada con la evolución clínica de los pacientes analizados.

Tabla 1: Distribución de la población estudiada según genotipo.

Genotipo	Casos	%
DQ2/DQ2	17	6,0
DQ2/DQ8	42	14,7
DQ2/DQ7	36	12,6
DQ8/DQ7	19	6,7
DQ8/DQ8	10	3,5
DQ8/(-)	30	10,5
DQ7/(-)	50	17,5
(-)/(-)	22	10,7
TOTAL	285	100

Mixed-reality holographic screens as surgical monitors replacement at the endoscopy suite: a feasibility study

Robles C[1], Baquerizo J[1], Arevalo M[1], Egas M[1], Cunto D[1], Mendez J[2], Arellano S[2], Puga M[1], Alcivar J[1], Del Valle R[1], Pitanga H[1]

[1]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador; [2]mdconsgroup, Guayaquil, Ecuador

Background: Mixed reality (MR) is an interactive, real-time processed, three-dimensional (3D) registered spatial computing technology that combines virtual reality (VR) and augmented reality (AR). In Endoscopy, MR holographic screens allow gesture operation and 3D spatial guidance, with more comfortable ergonomic interactions for gastrointestinal (GI) endoscopists as users, in terms of translation and rotation. MR makes touching surgical monitors unnecessary, increasing situational awareness, with their reduction or even replacement.

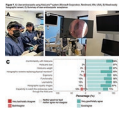
Aims: To evaluate the feasibility of MR holographic screens in terms of interconnectivity and user-endoscopists' experience during endoscopic procedures.

Methods: Feasibility interventional trial (Nov/2022–Mar/2023) to assess the added utility and endoscopist-user's experience with MR holographic screens. The user-endoscopists performed procedures with the HXtend™ system processor (mdconsgroup; Guayaquil, Ecuador), paired with the HoloLens™ (Microsoft Corporation; Redmond, WA, USA) during diagnostic procedures in adults (Figure 1A). The outcomes were device technical assessment (interconnectivity and frame rate) and user-endoscopist's acceptance (comfort, functionality, and learnability), measured by the HXtend™ platform and an Ad hoc questionnaire, respectively.

Results: Thirty user-endoscopists used the HXtend™ software as a replacement for the surgical monitors: 26/30 males, median age of 36 years (31 – 37). Each user-endoscopist performed a procedure: 15/30 esophagogastroduodenoscopies, 3/30 cholangioscopies, 10/30 colonoscopies, and 2/30 endoscopic ultrasounds. One hologram (Figure 1B) was used in 27/30 procedures, 2/30 two holograms, and 1/30 cholangioscopy three holograms. The user-endoscopist's acceptance in terms of comfort, functionality, and learnability is summarized in Figure 1C. The mean latency was 89.7 ± 2.87 ms and the holograms performed 58.50 ± 1.11 frames per second (FPS).

Conclusions: The HXtend™ system can replace surgical monitors within endoscopy suites with good interconnectivity and FPS rate. Operators indicated that the software and hardware were comfortable and easy-handle. This must continue into a real-world study assessing remote assistance and adverse events.

ClinicalTrials ID: NCT05640401.



Nuevo y rápido método automatizado para la cuantificación de niveles de infliximab y anticuerpos libres anti-infliximab en enfermedad inflamatoria intestinal

Covarrubias N[1], Herman P[1], Meza F[2], Miranda J[1], Simian D[1], Estay C[1]

[1]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Universidad de Chile, Santiago, Chile

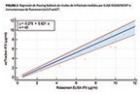
Introducción: En Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) el ajuste de la terapia biológica guiada por niveles cada vez toma mayor importancia. Sin embargo, la técnica actual de inmunoensayo enzimático (ELISA) no permite obtener resultados rápidos. Se ha desarrollado un nuevo método automatizado que permite realizar la medición de niveles de Infliximab y anticuerpos anti-Infliximab en un solo paso.

Objetivo: Comparar la técnica tradicional ELISA de medición de niveles de Infliximab y de anticuerpos anti-Infliximab con un nuevo método automatizado de inmunoensayo de fluorescencia.

Métodos: Estudio analítico, observacional. En muestras de suero de pacientes con EII en tratamiento con Infliximab, previamente analizadas mediante la técnica ELISA RIDASCREEN®, se midieron los niveles de Infliximab y niveles de anticuerpos libres anti-Infliximab utilizando inmunoensayo de fluorescencia en el equipo ez-Track1®, que entrega resultados en 10 y 12 minutos, respectivamente. La comparación cuantitativa de los niveles de Infliximab se evaluó con regresión de Passing Bablock. Para los anticuerpos anti-Infliximab se utilizó prueba de concordancia Kappa.

Resultados: Se incluyeron 40 muestras procesadas con técnica ELISA para niveles de Infliximab y 20 para anticuerpos anti-Infliximab, correspondientes a 49 pacientes; 51% hombres, mediana de edad 32 años (rango 6 - 64). No existe diferencia significativa en los resultados de niveles de Infliximab entre ambos métodos a través de todo el rango de cuantificación (0.5-12 µg/ml) (Figura 1). Con respecto a los anticuerpos anti-Infliximab se observó concordancia global en 19/20 muestras (95%), con un índice de Kappa de 0,90 (IC 95% 0,709 – 1).

Conclusión: Los niveles de Infliximab y anticuerpos libres anti-Infliximab determinados mediante ez-Track1® muestran una muy buena correlación con la técnica ELISA RIDASCREEN®. Este nuevo método presenta la ventaja de obtener resultados rápidos, cuantifica un mayor rango de niveles y no requiere procesamiento por lotes, lo que permitiría una monitorización terapéutica más eficiente.



Endoscopistas en formación y la utilización de clip over the scope en el manejo de la hemorragia digestiva alta no variceal

CABANAS S, Pérez T, Mahler M, González M, Abecia V, Marcolongo M

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, CABA, Argentina

Introducción: El tratamiento conOver The Scope Clip(OTSC) es útil en perforaciones, fístulas y hemorragias del tracto digestivo. Es eficaz en el manejo de resangrado de úlceras y existe evidencia reciente de que podría ser superior a la terapia combinada estándar como tratamiento de primera línea de hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) en pacientes seleccionados, operado por endoscopistas expertos.

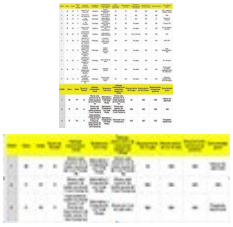
Objetivo: Describir los resultados de la utilización de OTSC por endoscopistas en formación, en HDANV, en un centro de tercer nivel.

Materiales y métodos: En un estudio de corte transversal se incluyeron pacientes sometidos a endoscopia por HDANV tratados con OTSC como terapéutica endoscópica de primera línea y en resangrado. Los operadores fueron residentes de gastroenterología, entrenados por simulación. La hemostasia exitosa se definió como ausencia de sangrado persistente o recurrente. Se analizaron complicaciones posteriores: nueva endoscopía, necesidad de cirugía y/o muerte.

Resultados: Se incluyeron 14 casos con una mediana de edad de 71, todos con comorbilidades graves. En el 100% se logró el éxito de la hemostasia. Entre las causas, 11 fueron úlceras, con predominio duodenal. Se utilizó OTSC como primera línea en 11 casos, 6 requirieron transfusiones post tratamiento y nueva endoscopía en 4 de ellos. Ninguno tuvo evidencia de resangrado asociado a la lesión tratada. Uno de los pacientes requirió gastrectomía atípica de urgencia por resangrado. La

pieza quirúrgica evidenció lesión vascular en la periferia del OTSC. En 3/14 casos, se utilizó OTSC como terapia de resangrado de úlceras duodenales, todos recibieron transfusiones post tratamiento pero ninguno de ellos requirió nueva endoscopía. No se detectó mortalidad asociada en los 30 días posteriores.

Conclusión: El OTSC es una herramienta útil en HDANV como tratamiento del resangrado y de primera línea en pacientes con alto riesgo de resangrado, aún siendo aplicada por endoscopistas en formación entrenados por simulación.



Determinación de fibrosis en esteatosis hepática gii-giii con seromarcadores y elastografía hepática por rmn

Silvia Patricia Almendras Sandagorda, Ana Cristina Vargas Velasco

Hospital Obrero N°2

Introducción: El hígado graso no alcohólico es una enfermedad con alta prevalencia mundial que progresa a esteatohepatitis no alcohólica, fibrosis, cirrosis y hepatocarcinoma. La biopsia es el estándar de oro para diagnosticar fibrosis hepática, pero es invasiva y puede tener complicaciones, existen técnicas diagnósticas no invasivas serológicas y de imagen. En esta investigación se determina el grado de fibrosis en esteatosis hepática Grado II ó III con seromarcadores APRI, FIB-4 y NAFDL fibrosis score comparando con hallazgos de fibrosis por elastografía hepática por RMN.

Objetivos: Siendo la RMN de alto costo surgió la pregunta:¿Cuál es la validez del índice APRI, FIB 4 y NAFLD fibrosis score en comparación con la elastografia hepática por resonancia magnética nuclear para el diagnóstico de fibrosis hepática en esteatosis hepática no alcohólica Grado II y Grado III ?

Objetivos:

– Determinar índices demográficos

– Comparar cada seromarcador con la elastografía hepática por RMN determinando sensibilidad y especificidad

Métodos: Estudio prospectivo, analítico de Marzo a Diciembre del 2022 con pacientes entre 18 y 70 años de edad con diagnóstico ecográfico de esteatosis hepática GII ó GIII en los que se determinó fibrosis hepática con seromarcadores FIB-4 , APRI , NAFDL fibrosis score y elastografia por RMN índice METAVIR previo consentimiento informado. Se excluyó pacientes con ventilación mecánica, marcapaso, embarazadas o etapa de lactancia , claustrofobia, alteraciones siquiátricas , esteatosis por alcohol , hepatopatía viral o autoinmune.

Análisis de resultados SPSS *Statistics 23.0 IBM*., curva ROC

Resultados:

TABLA 1 RESULTADOS				
65 pacientes incluidos en el estudio				
EDAD	52.8%	entre 50 y 60 años		
SEXO	52.3%	sexo femenino	47.7%	sexo masculino
PESO	60%	obesidad	40%	peso normal
GRADO ESTEATOSIS	95%	esteatosis GII	5%	esteatosis GIII
	PREVALENCIA FIBROSIS HEPÁTICA	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	RELACION CON ELASTOGRAFIA RMN (IRM)
APRI	55%	86%	20%	No es mas sensible ni especifica que la IRM
FIB 4	55%	88%	20%	Es mas sensible
NAFLD FIBROSIS SCORE	85%	53%	20%	Es mas especifica

Conclusiones:

– Importante identificar fibrosis temprana en HGNA para tratamiento oportuno y evitar cirrosis.

– Utilizar seromarcadores de forma individual o utilizarlos combinados a estudios imagenológicos con mayor

– Ventajas de seromarcadores: Económicos, accesibles para el diagnóstico y el seguimiento.

Caracterizacion clinca y bioquimica de enfemerdad celiaca en una muestra poblacional de venezuela

FERNÁNDEZ S[1], Ramos M[2], Garcia A[3]

[1]Servicio Gastroenterologia/Escuela de Medicina Luis Razetti, caracas, Venezuela; [2]Lab inmunoquimica y Ultraestructura tocxinologica/Instituto Anatomico Jose Izquierdo, caracas, Venezuela; [3]Catedra de Fisiologia/Escuela de Medicina Luis Razetti, caracas, Venezuela

Introducción: La valoración clínica y bioquímica de la Enfermedad Celiaca (EC), en Venezuela ha sido poco documentada desde el punto de vista epidemiológica.

Objetivo: Caracterizar desde el punto de vista clínico y bioquímico los pacientes con enfermedad celiaca.

Métodos: Estudio epidemiológico de tipo corte transversal, descriptivo. a cada participante se le realizó una historia clínica y análisis séricos de biomarcadores asociados a enfermedad celiaca.

Resultados: La muestra evaluada fueron 59 hombres y 52 mujeres con enfermedad celiaca. La edad promedio de la muestra total fue 35 ± 17 años (IC 95 % de 32 a 39 años.). %). El 39.6% de la muestra evaluada presentó antecedente familiar de EC. Los síntomas gastrointestinal prevalentes fueron dolor abdominal (75.7%), Distensión Abdominal (70%), diarrea crónica (55.9%), Artralgias 51.4%. Al menos el 55% de los pacientes presentaron alergia alimentaria y la intolerancia a la lactosa. El 73,8 % presentó anemia. El 43.2 % microcitosis. La deficiencia de ácido fólico fue de 31.5%, de Vitamina B12 (25,2%), al menos el 74% presentó hipoproteinemia, el 73 % hipoalbuminemia. El 30,6 % Giardiasis. El 19,8 % presentó TSH elevada, el 24% presentó deficiencia de Vitamina D. El 23,4 % y el 28,8% presentaron elevación de los valores ALT y AST respectivamente.

Conclusión: Se reportan las características clínicas y bioquímicas de enfermedad celiaca una muestra poblacional de Venezuela. Destaca la presencia de síntomas de malabsorción intestinal, deficiencia de ácido fólico y vitamina D; así como la presencia de hipertransaminasemia, lo cual implica la necesidad de establecer la relación de injuria hepática asociada a enfermedad celiaca.

Hallazgos Imagenológicos en pacientes con Pancreatitis Autoinmune

TOLEDO P, Parra C, Espinoza D, Sanhueza A, Muñoz P, Mancilla C, Berger Z

Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Las imágenes son de suma importancia para el diagnóstico, monitorización terapéutica y seguimiento de la pancreatitis autoinmune (PAI). Errores en el diagnóstico llevan a terapia esteroidal o cirugía innecesarias.

Objetivos: Analizar los hallazgos imagenológicos y su frecuencia en pacientes con PAI. Evaluar la recuperación y secuelas imagenológicas después de tratamiento.

Método: Análisis retrospectivo de Tomografías Computadas (TC) y Resonancias Magnéticas (RM) de abdomen disponibles de pacientes con PAI controlados en nuestro hospital entre los años 2007-2022. Las imágenes fueron evaluadas por 3 radiólogos.

Resultados: Se analizaron 68 pacientes (65% hombres, Mediana de edad 50 años [16-76 años]), que corresponden a 39 casos de PAI tipo 1, nueve casos tipo 2 y veinte casos de PAI no-clasificable. Se revisaron 200 imágenes (52 TAC y 148 RMN), 60 imágenes de diagnóstico y 140 de seguimiento. Los hallazgos más frecuentes al diagnóstico fueron compromiso difuso con aumento del volumen pancreático, con alteraciones en intensidad/densidad de señal y compromiso del colédoco intrapancreático (tabla). No hubo necrosis ni colecciones peripancreáticas mayores en ningún caso. Se obtuvo histología en 29 casos, 11 por punción, 9 por resección, 6 de papila y 3 en otros órganos. En 10 pacientes se hizo una prueba terapéutica esteroidal con rápida mejoría imagenológica a 2 semanas. Serología para igG4 estaba disponible en 55 pacientes. Secuelas se evaluaron en 37 pacientes, con una mediana de tiempo de seguimiento de 30 meses [10-240] observando la atrofia del parénquima como la secuela más frecuente (59%).

Conclusión: Imágenes características pueden servir como base del diagnóstico de PAI. La RM de abdomen otorga mayor información de las características ductales bilio-pancreáticas. Presencia de necrosis, colecciones peripancreáticas argumentan a favor de otra etiología, dilatación marcada del Wirsung (>10mm) debería ser sospecha de neoplasia. La atrofia pancreática fue la secuela más común, siendo la pancreatitis crónica excepcional.

Table. Hallazgos imagenológicos al Diagnostico

CARACTERISTICAS	N = 80			
	TAC n=72	%	RMN n=43	%
Aumento de volumen de páncreas	17	100	36	84
Compromiso Glandular Difuso	9	53	22	51
Compromiso Glandular Focal	5	29	12	28
Compromiso Glandular Multifocal (>1 foco)	3	18	8	19
Halo peripancreático	7	41	11	26
Branding peripancreatico	7	41	11	26
Alteración densidad/intensidad	12	71	42	98
Estenosis focal conducto Wirsung	1	6	14	33
Dilatación de conducto de Wirsung (máximo 9 mm, promedio 3,5 mm)	2	12	12	28
Irregularidad de Wirsung	4	24	22	51
Adenopatias peri pancreáticos	3	18	1	2
Necrosis pancreática/extrapancreáticas	0	0	0	0
Colecciones líquidas pancreáticas	0	0	1	2
Compromiso de la via biliar (extensión)	7	47	29	50
Intrahepática	0	-	0	-
Via biliar extrapancreática	0	-	2	-
Colédoco intrapancreático	7	-	29	-
Engrosamiento parietal Via biliar extrahepática	1	6	7	16
Compromiso extrapancreático	5	10	6	14
Colitis	0	-	0	-
Hepatica	0	-	1	-
Trombosis esplenoportal	0	-	1	-
Ascitis	0	-	1	-
Seguimiento a Largo Plazo (Mediana 30 meses [72-240 meses])	N=37		%	
Recaidas	10		41	
Atrofia	22		59	
Calcificaciones	1		3	
Pancreatopatia	2		5	

The role of single operator cholangioscopy in the management of anastomotic bile duct strictures after liver transplant: a prospective cohort study

VARGAS J[1], Espino A[1], Richter H[1], Meneses L[1], Palma R[1], Briceño E[1], Viñuela E[1], Martinez J[1], Jarufe N[1], Cancino A[1], Diaz P[1], Huete A[1], Hevia J[1], Beza C[1], Díaz L[1], Wolff R[1], Norero B[1], Barrera F[1], Soza A[1], Arrese M[1], Arab J[1], Benítez C[1], Dib M[1]

[1]Pontificia universidad catolica de chile, santiago, chile

Background: Liver transplantation (LT) offers lifesaving therapy for patients with advanced liver disease. Anastomotic bile duct strictures (ABDS) are a frequent adverse event of LT and most are suitable for endoscopic treatment by Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). Single-operator cholangioscopy (SOC-ERCP) is an emergent technique for the management of complex biliary disease. Data about its role in ABDS after LT are scarce.

Aim: to evaluate the role/efficacy of the use of SOC in management of ABDS after LT.

Methods: Single-center prospective cohort study. All patients undergoing LT in Hospital Clinico UC-CHRISTUS (Santiago, Chile) between January/2021 and June/2023 were included. Demographic, clinical, laboratory and radiology data were considered. Outcomes: rate of ABDS, success rate of conventional ERCP, efficacy of SOC-ERCP, technical/clinical success, and adverse events.

Results: 136 patients underwent LT during the study period. Mean age was 51 years, 59% female, most frequent etiology was metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) (31.1%) and mean MELD score before LT was 27.7; 73.5% (100/136) were deceased donor LT (DDLT) and 26.5% (36/136) were living donor LT (LDLT).54/136 (39%) patients developed ABDS. No difference in occurrence of ABDS was seen between DDLT and LDLT (39%(39/100) vs 42%(15/36), p>0.05). 4%(2/54) of ABDS underwent primary interventional radiology treatment (IR) based on biliary anatomy. Treatment of ABDS by conventional ERCP was successful in 81% (42/52). Patients with ABDS that failed conventional ERCP, 12%(6/52) were treated successfully with SOC-ERCP, 4%(2/52) underwent successful one-session combined IR-ERCP treatment and 2%(1/52) required surgical biliary reconstruction. Technical and clinical success of SOC-ERCP was 100% in both DDLT and LDLT. No adverse events were recorded during SOC-ERCP.

Conclusions:SOC-ERCP is a novel, safe and effective tool in the management of complex ABDS after failed conventional ERCP in LT patients.

Endoscopic ultrasound shear wave for assessing chronic pancreatitis and solid pancreatic neoplasm: a nested case-control study

Robles C, Del Valle R, Egas M, Puga M, Baquerizo J, Cunto D, Arevalo M, Alcivar J, Alvarado H, Pitanga H

Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador

Background: Endoscopic ultrasound (EUS)-guided shear wave elastography (EUS-SW) measures tissue elasticity by shear waves inside the organ through acoustic radiation force impulse. Its accuracy has not been assessed for chronic pancreatitis (CP) and solid pancreatic neoplasms (PN).

Aim: To estimate the diagnostic accuracy of EUS-SW for CP and solid PN.

Methods: Cases with a recently confirmed diagnosis of CP or PN who underwent EUS-SW were included. Cases with subepithelial lesion comprised the control group (CG). An expert endoscopist performed ten measurements of EUS-SW elasticity (SWE) and dispersion (SWD). SWE and SWD variation were based on quotient among interquartile range (IQR) and median. In cases with <30% variation, the association of SWE and SWD was estimated with study groups, baseline and EUS data through ANOVA. SWE and SWD cut-off values were calculated with Youden's index.

Results: 88 cases: 37 CG, 14 CP, 37 PN, median age of 62.5 (IQR 53-70), 47.7% female. Median SR was lower in CG (3.6; IQR 2.9-4.3) and CP (3.9; IQR 3.6 - 4.7) but significantly higher in PN (7.6; IQR 5.3-11.1; *p*<.001). Median SWE and SWD were 10.5 kPa (7.3-16.6) and 1.9 [m/s]/kHz (1.6-2.4), with a <30% variation in 27 (30.7%) and 57 (64.8%), respectively. Study groups (CG/CP/PN) and diabetes were associated with a higher SWE and SWD (*p*<.05). Predicted SWE were significantly different among PN vs CG (-13.1; -24.4 to -1.7; *p*=.0242) (**figure 1**). An SWE ≥17.4 diagnosed PN with sensitivity, specificity, positive and negative predictive values of 75%, 91%, 60% and 95%; while an SWD ≥2.31 predicted PN with a diagnostic accuracy of 54%, 70%, 35%, 84%, respectively.

Conclusion: EUS-SW constitutes an objectively valuable measuring tool for CP and PN diagnostic workups. Larger multicentric trials are needed to confirm these findings, especially for CP.

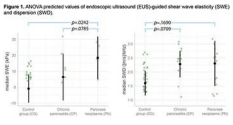


Figure 1. ANOVA predicted values of endoscopic ultrasound (EUS)-guided shear wave elasticity (SWE) and dispersion (SWD).

Hepatitis autoinmune en mayores de 60 años: ¿es una enfermedad diferente?

Delgado J, Fuentes M, Simian D, Poniachik J, Urzúa Á

Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La Hepatitis autoinmune (HAI) se caracteriza por inflamación, necrosis de los hepatocitos, presencia de autoanticuerpos y niveles elevados de globulina sérica. Se puede presentar a cualquier edad, describiéndose dos peak a los 30 años y después de los 60 años. No existen reportes locales que evalúen la HAI según edad de diagnóstico.

Objetivo: Comparar la presentación y evolución de la HAI entre pacientes con diagnóstico antes y después de los 60 años.

Métodos: Estudio analítico, transversal, de pacientes diagnosticados con HAI con biopsia, en seguimiento de al menos un año en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, laboratorio y respuesta a tratamiento. Para la comparación de grupos (diagnóstico antes o después de 60 años), se utilizó test de chi2 para variables cualitativas y Mann-Whitney para variables cuantitativas (valor p significativo <0.05).

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes con HAI; 85% mujeres, mediana de edad 53 años (rango intercuartílico 45-65), 59% diagnosticados antes de los 60 años. En el momento del diagnóstico los pacientes más jóvenes presentaron más ictericia (75% vs 44%, p=0,02) y transaminasas más elevadas (mediana GPT 998 vs 334, p=0,0002). Por el contrario, la ascitis fue mayor en los pacientes sobre 60 años (13% vs 2%, p=0,028). La fibrosis F3-F4 fue significativamente mayor en los pacientes diagnosticados sobre los 60 años (68% vs 41%, p=0,020). La respuesta bioquímica a los 6 meses fue similar en ambos grupos, sin embargo, se utilizaron dosis menores de corticoides en los mayores de 60 años.

Conclusión: La HAI en pacientes sobre los 60 años se presentó con menos ictericia, niveles más bajos de transaminasas y un grado de fibrosis mayor. La respuesta bioquímica fue similar al grupo diagnosticado previo a los 60 años, a pesar de haber utilizado menos dosis de prednisona.

	Menores de 60 años N = 57	Mayores de 60 años N = 40	Valor p
Tipo de presentación de la HAI (n, %)			
Crónica	8 (14)	10 (25)	0,391
Asintomática	25 (44)	15 (37,5)	
Aguda	24 (42)	15 (37,5)	
Síntomas de presentación (n, %)			
Ictericia	43 (75)	17 (44)	0,002
Fatiga	53 (93)	12 (32)	0,000
Prurito	10 (18)	2 (5)	0,094
Artralgia	30 (58)	9 (24)	0,170
Ascitis	7 (12)	5 (13)	0,008
Encefalopatía	0 (0)	1 (3)	-
Laboratorio al diagnóstico (mediana/IQ)			
GOT	1010 (581 – 1321)	299 (180 – 740)	0,0000
GPT	998 (581 – 1321)	334 (180 – 740)	0,0002
Fosfatasas alcalinas	184 (146 – 254)	234 (141 – 294)	0,475
Bilirrubina total	4,7 (1,5 – 7,8)	1,8 (1,1 – 6,7)	0,053
Albumina	3,7 (3,3 – 4,2)	3,4 (3,2 – 3,8)	0,110
Serología al diagnóstico (n, %)			
IgG	2030 (1740 – 2380)	1810 (1410 – 2440)	0,196
ANA positivo	48 (89)	33 (85)	0,468
SMA positivo	34 (66)	23 (68)	0,850
Fibrosis hepática (n, %)			
Presencia de fibrosis	37 (65)	27 (93)	0,002
Fibrosis significativa	33 (41)	23 (88)	0,000
Dosis de inicio de prednisona (n, %)			
Sin prednisona	4 (8)	2 (5)	-
10 – 20 mg	9 (18)	10 (25)	< 0,001
21 – 40 mg	16 (32)	24 (60)	
41 – 60 mg	21 (72)	14 (40)	-
Terapia de mantención primer año (n, %)			
Prednisona + Azatioprina	57 (100)	34 (85)	0,003
Prednisona + Micofenolato	0 (0)	5 (13)	0,043

Clinical and technical success of eus-guided anterograde drainage of obstructed biliary or pancreatic duct: a single-center experience

Robles C, Alcivar J, Puga M, Egas M, Baquerizo J, Arevalo M, Cunto D, Del Valle R, Alvarado H, Pitanga H

Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador

Background: The first-line treatment for obstructed biliary or pancreatic ducts is endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP); 10-15% have failed access due to the inability to cannulate the papilla. Endoscopic ultrasound-guided biliary drainage (EUS-BD) or pancreatic duct drainage (EUS-PDD) are direct real-time access to the ducts. They are alternatives to high morbimortality percutaneous drainage.

Aim: To assess anterograde's clinical and technical success in non-neoplastic biliary and pancreatic duct drainage.

Methods: Retrospective analysis (Jan/2021-Oct/2022). The endpoints were clinical and technical success, adverse events, re-stenosis, and reintervention.

Results: Twenty patients were included (15/20 EUS-BD, 5/20 EUS-PDD). EUS-BD: inability to cannulate the papilla was due to stenosis secondary to 6/15 laparoscopic cholecystectomy, 7/15 conventional cholecystectomy, 1/15 gallbladder neoplasia, 1/15 Y-Roux. In 4/15 a previous attempt was performed: 1/4 balloon dilation, 1/4 percutaneous transhepatic biliary drainage and 2/4 stenting. Anterograde drainage was performed on 7/15 using a single pigtail, 5/15 double pigtail and 3/15 lumen-apposing metal stent (LAMS). Stomach puncture was the preferred approach site (13/15). A 15/15 technical success was achieved, but a 9/15 clinical success based on bilirubin decreased. Adverse events in 3/15 cases: bleeding, cholangitis and subhepatic fluid collection. Stent migrated in 3/15 cases. There was no re-stenosis; reintervention was necessary on 8/15. One patient died. EUS-PDD: anterograde drainage was decided due to chronic pancreatitis and recurrent choledocholithiasis in 3/5 and 2/5 cases, respectively. In 3/5 there was necessary cautery-assisted dilation. In 1/5 there was also necessary balloon dilation. Used stents included single and double pigtail, LAMS and self-expandable metal stent (SEMS). Technical and clinical success was achieved in 5/5, with no adverse events.

Conclusions: Anterograde EUS-BD and EUS-PDD for managing non-neoplastic obstructed biliary and pancreatic ducts are valuable alternatives when ERCP is not feasible. Reintervention after EUS-BD and EUS-PDD appears to be related to stent migration and re-stenosis, resp

Evaluación de una nueva escala de clasificación de eventos adversos (agree) en endoscopía digestiva de un centro universitario chileno.

CORSI O[1], Aguirre J[2], Friedrich I[2], Galeno V[2], Jiménez V[2], García X[3], Briones P[4], Espino A[1], Vargas J[1]

[1]Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [3]Centro de Endoscopía Digestiva, Hospital Clínico Red de Salud UC-CHRISTUS, Santiago,

Chile; [4]Unidad de Coloproctología, Complejo Asistencial Dr Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, Chile

Introducción: Los procedimientos endoscópicos digestivos son altamente seguros, pero no están exentos de eventos adversos (EAs). La medición estandarizada de EAs es fundamental en la mejora continua, pero no siempre es realizada en forma sistemática. Tradicionalmente se ha usado la clasificación elaborada por ASGE, siendo recientemente propuesta una nueva escala (AGREE) con aceptables niveles de simpleza y reproducibilidad. Existen escasas evaluaciones de correlación entre ambas.

Objetivo: Evaluar la concordancia de las escalas AGREE y ASGE de gravedad para EAs asociados a endoscopia digestiva.

Métodos: Análisis del registro prospectivo de EAs de un centro universitario chileno de endoscopía (2009-2022). Para cada escala, la gravedad de los eventos fue clasificada por dos autores y dirimida por un tercer autor si había discrepancia. Se estimó un tamaño muestral de 269 EAs. La concordancia interobservador se evaluó mediante coeficiente Kappa de Cohen y la correlación entre escalas por Test de correlación de rangos de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 235 EAs (235/176.655: 0,13%): 58,1% mujeres, 60,8±21,8 edad. Las EAs más frecuentes fueron cardiorrespiratorias (99), hemorrágicas (49), perforaciones (40) y pancreatitis (15). Respecto a la escala ASGE: 99 (42,1%) fueron incidentes, 32 (13,6%) EAs leves, 35 (14,9%) moderados, 56 (23,8%) graves y 13 (5,5%) fatales; Kappa 0,83 (IC95%:0,78-0,87). Respecto a la escala AGREE: 109 (46,4%) no fueron EAs, 9 (3,8%) EAs grado I, 56 (23,8%) grado II, 44 (18,7%) grado III, 5 (2,1%) grado IV y 13 (5,5%) fatales (V); Kappa 0,74 (IC95%: 0,68-0,80). Hubo adecuada correlación entre ambas escalas (ρ = 0.89; p<0,001).

Conclusiones: La escala AGREE descarta más EAs, presenta menor concordancia interobservador, pero ambas escalas presentan fuerte concordancia entre ellas. El uso de una de ambas escalas estandarizadas de EAs en endoscopia es recomendable en nuestro medio.

Si esperamos los síntomas para indicar la colonoscopía, estamos llegando tarde a la detección de pólipos

Estay C, Simian D, Berger Z, Muñoz P, Montenegro C

Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: En Chile el cáncer colorrectal (CCR) ha aumentado en incidencia y mortalidad en los últimos años. Un 70-90% sigue la ruta adenoma-carcinoma, volviéndose sintomático en enfermedad avanzada, por lo que el tamizaje es indispensable. El acceso a colonoscopía es difícil y muchas veces tardío.

Objetivo: Comparar las características demográficas y hallazgos endoscópicos según el motivo de indicación de colonoscopía.

Métodos: Estudio observacional, transversal, anidado en un registro de pacientes que se realizan colonoscopía en Hospital Clínico Universidad de Chile entre marzo y mayo 2023. Se definieron 3 grupos con respecto a la indicación de colonoscopía: tamizaje, síntomas de bajo riesgo y síntomas de alto riesgo. Se registraron variables sociodemográficas, hallazgos de la colonoscopía y resultados de biopsias. Análisis de datos utilizando programa STATA 13. Se estableció significancia estadística con $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 621 colonoscopías en el análisis, 65% en mujeres. Los médicos subespecialistas indicaron más colonoscopía de tamizaje, equiparando los porcentajes cuando aparecían síntomas de alto riesgo. En este último grupo el tiempo para la colonoscopía fue menor. La tasa de detección de adenomas en el grupo de tamizaje fue de 39% y 51% en mujeres y hombres, respectivamente. Se detectaron más pólipos de bajo riesgo en el grupo de tamizaje sin evidenciar diferencias para el hallazgo de pólipos de alto riesgo. En total se diagnosticó un 3% de CCR, con una mayor frecuencia en el grupo sintomático de alto riesgo. En las biopsias se encontró un cáncer intramucoso en 5 pacientes con pólipos de alto riesgo.

Conclusión: En nuestra población, el tamizaje es indicado principalmente por médicos subespecialistas. La colonoscopia tiene una alta detección de pólipos y en el tamizaje la mayoría son pólipos de bajo riesgo. Los síntomas aparecen en enfermedad avanzada por lo que no sirven para determinar la indicación de colonoscopía.



Vasos de neoformación como criterio colangioscópico de neoplasia y su correlacion con la histología de colangiocarcinomas. ¿Es suficiente o debemos esperar a la inteligencia artificial?

CASTRO M, VARGAS J, AGUILAR M, ARGUEDAS L, ROJAS M, REZVANI F, PORRAS J, MADRIGAL L, HERRERA J, VÁSQUEZ M, HEVIA F

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), San José, Costa Rica

Introducción: El diagnóstico de colangiocarcinomas usando colangioscopía digital de un solo operador (DSOC, por sus siglas en inglés) constituye un reto para el endoscopista. En la búsqueda de diagnósticos tempranos y precisos que permitan una terapéutica expedita se han desarrollado distintas clasificaciones colangioscópicas (Robles-Medranda, Mónaco, Mendoza y *Form-Vessel*), todas ellas compartiendo los vasos de neoformación y la superficie de la mucosa como criterios de malignidad.

Objetivo: Valorar la sensibilidad y especificidad del criterio colangioscópico "vasos de neoformación" como único para el diagnóstico endoscópico de lesiones malignas de vías biliares en una cohorte de pacientes de un hospital de referencia en Costa Rica, en el período enero 2022- junio 2023.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de análisis de casos registrados en el sistema software utilizado para el reporte de DSOC realizadas con equipo SpyScope DS II con toma de biopsias con pinza SpyBite™ y sus respectivos resultados histológicos; en el Hospital San Juan de Dios, Costa Rica, durante el período enero 2022- junio 2023.

Resultados: Se analizó un total de 18 casos (N=18), de los cuales 14 (77.8%) fueron reportados con vasos de neoformación y un diagnóstico final de colangiocarcinoma, 3 (16.7%) con vasos de neoformación pero histología de patología benigna y 1 (5.5%) sin vasos de neoformación y biopsia inflamatoria.La sensibilidad y especificidad del criterio en estudio en la presente investigación fue de 100% y 25%, respectivamente.

Conclusiones: Los vasos de neoformación en lesiones de vías biliares constituye un parámetro con alta sensibilidad para el diagnóstico tanto de lesiones malignas, como para la exclusión de lesiones benignas, pero con especificidad limitada. Al ser este un estudio con limitante en el número de casos, es necesario el desarrollo de nuevas investigaciones más representativas; sin embargo, la IA puede resultar una herramienta útil al complementarla con la DSOC.

Efficacy and safety of endoscopic ultrasound-guided radiofrequency ablation in the treatment of solid pancreatic tumors: cumulative experience in costa rica

CASTRO M, VARGAS J, VILLALOBOS Á, HERNÁNDEZ D, CAMPOS C, COSTE P, GUTIÉRREZ C, REZVANI F, AVENDAÑO G, OCHOA A

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), San José, Costa Rica

Introduction: Endoscopic ultrasound-guided radiofrequency ablation (EUS-RFA) is a minimally invasive treatment modality for solid pancreatic tumors such as pancreatic neuroendocrine neoplasms (p-NEN) and unresectable pancreatic cancer (PC).

Aims: assess safety and efficacy of pancreatic EUS RFA therapy in a large case series of patients with p-NEN and unresectable PC in three high volume hospital centers in Costa Rica.

Methods: This retrospective study included all consecutive patients who underwent pancreatic EUS RFA between May 2020-April 2023. Indications, procedural characteristics, early and late adverse events, and clinical outcomes were recorded. Technical success rate was defined as successful access with the 19-gauge needle into pancreatic neoplasm and feasibility of EUS-RFA, and clinical success as complete or partial radiological response for non-functioning p-NEN (NF-NEN), and resolution of symptoms for insulinomas. Patients with pancreatic cancer were excluded. Major and minor postprocedural adverse effects were assessed.

Results: 45 ablations were performed in 29 patients, of whom 15 were PC (N=13 locally advanced and N=2 metastatic) and 14 were p-NEN (N=8 NF and N=6 insulinomas). Sixty-nine percent (N=20) were female, with a median age of 58 years (IQR:12-83). Median lesion diameter was 30 mm (IQR:10-80). Clinical and procedure-related characteristics are summarized in Table 1. The technical success rate was 100%. In the subgroup of patients with p-NEN clinical success was complete and partial in 57% and 43%, respectively; with a complete clinical response of hypoglycemia in 83% (N=5/6) of insulinomas in the first 48 hours. The adverse event rate was 14% (N=4), with mild pancreatitis being the most frequent. No serious adverse events or procedure-related deaths occurred. All patients with PC underwent concomitant chemotherapy within two days after ablation.

Conclusions: EUS-RFA is a technically feasible treatment with a good safety profile for the management of solid pancreatic tumors (PC and p-NEN).



En nuestro medio, la desigualdad previsional determina una derivcación más tardía, pero acceso adecuado a colonoscopias

Estay C, Simian D, Berger Z, Muñoz P, Montenegro C

Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

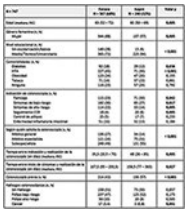
Introducción: En un estudio reciente se demostró que la previsión en salud es un factor determinante en la mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) en Chile. Algunas razones que podrían explicarlo son: menor conocimiento de la enfermedad, mayor comorbilidad, menor acceso a colonoscopía y mayor tardanza en su realización en los grupos con peor previsión de salud. Sin embargo, en nuestro país no existe una caracterización de los pacientes que acceden a colonoscopía.

Objetivo: Caracterizar demográfica y clínicamente a los pacientes que se realizan colonoscopía, comparando los plazos e indicaciones asociadas según sistema previsional.

Métodos: Estudio exploratorio, transversal, de pacientes que se realizaron colonoscopía en Hospital Clínico Universidad de Chile entre marzo y mayo 2023. Se registraron variables sociodemográficas, hallazgos de la colonoscopía y resultados de biopsias en REDCap®. Análisis de datos, comparando Fonasa vs Isapre, utilizando programa STATA 16. Se consideró estadísticamente significativo p <0,05.

Resultados: De las 796 colonoscopías realizadas, un 93% pertenecía a FONASA (n=507) e ISAPRE (n=240). En el grupo FONASA un 45% no tenía conocimiento sobre subgrupo de previsión al que pertenecían. Comparación de grupos en Tabla 1. En términos sociodemográficos, en el grupo FONASA consultaron pacientes de mayor edad, más mujeres, de menor escolaridad y mayor comorbilidad. En los pacientes ISAPRE hubo más indicación de tamizaje, en comparación al grupo FONASA cuyo motivo de consulta fue principalmente por síntomas. El tiempo entre indicación y realización de colonoscopía fue menor en el grupo FONASA. Diecisiete de los 19 pacientes (89%) en los que se detectó CCR (4 de ellos tumor infranqueable) pertenecía al grupo FONASA.

Conclusión: En nuestra población, el CCR se detectó mayoritariamente en pacientes FONASA. Se observaron diferencias demográficas en ambas poblaciones, sin embargo, el acceso a colonoscopía fue significativamente más rápido en pacientes FONASA, probablemente explicado por la presencia de síntomas.



Síndrome del conducto pancreático desconectado ¿condición excepcional o poco reconocida?

PEREZ DE TUDELA R, Parra C, Lara C, Mancilla C, Toledo P, Muñoz P, Berger Z

Hospital clinico de la universidad de chile, santiago, chile

Introducción: La desconexión del conducto pancreático principal (CPP) ya sea parcial o total es una complicación que ocurre en 10-30% de las pancreatitis agudas necrotizantes (PAN) la cual pese a su frecuencia es poco estudiada con escasas series en el mundo. Esta condición presenta cuadros clínicos prolongados requiriendo de múltiples intervenciones para su manejo.

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con síndrome del conducto pancreático desconectado (SCPD) evaluados en un hospital universitario.

Metodología: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes con imágenes compatibles con SCPD entre los años 2011-2023.

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron 19 pacientes, la mediana de edad fue 53 años (25 a 76 años), 68% hombres. La etiología en todos los casos fue PAN. La mediana de tiempo entre el evento índice y la imagen diagnóstica fue de 24 semanas (1 a 432 semanas), siendo 6 pacientes diagnosticados en la fase aguda de PAN. La desconexión del CPP fue en el cuerpo en 53%, seguido del cuello (21%), cola (16%) y finalmente la cabeza del páncreas (10%).

Complicaciones asociadas: 89% presentó una colección peri-pancreática con una mediana de 12.5 cm (0.1 a 15.7 cm), 84% presentó atrofia pancreática y 21% una fistula pancreática externa. El CPP se encontraba dilatado en 72% de los casos. La intervención más frecuente fue el drenaje transgástrico (37%) seguido del drenaje percutáneo (16%), el manejo quirúrgico (16%) y conservador (16%). 16% requirió una combinación de las terapias antes descritas y 26% más de una intervención. Se re-hospitalizó un 58% de los pacientes durante su seguimiento en nuestro centro y 2 pacientes fallecieron en el periodo de estudio.

Conclusión: El SCPD en nuestra cohorte presentó una importante demora diagnóstica y alta tasa de complicaciones asociadas, requiriendo de múltiples intervenciones y necesidad de re-hospitalización, pero relativamente baja mortalidad.

Expresión de ccr5 y panx1 en cáncer de colon y su potencial participación en la progresión de la enfermedad

Araneda C[1], Fierro A[1], Basterrechea B[1], Camhi I[1], Vásquez G[1], Landskron G[2], Parada D[3], Hermoso M[1], De la Fuente M[2]

[1]Universidad de Chile, Laboratorio de Inmunidad Innata, Santiago, Chile; [2]Universidad Finis Terrae, Laboratorio de Investigación en Biomedicina, Santiago, Chile; [3]Universidad de Groningen, Groningen, Países Bajos (Holanda)

Introducción: CCR5 es un receptor de quimioquinas, cuya expresión se ha visto aumentada en cáncer. PANX1 corresponde a un hemicanal capaz de liberar ATP, la cual se encuentra sobreexpresada en diferentes tipos de cánceres; sin embargo, en cáncer de colon no existen antecedentes. La activación de CCR5 induce la liberación de ATP a través de PANX1 en linfocitos T CD4+, sin embargo, esta interacción no ha sido descrita en cáncer.

Objetivos: Determinar el contenido y localización de CCR5 y PANX1 en biopsias de tumor y mucosa sana de pacientes con cáncer de colon, y su asociación con la progresión del tumor.

Metodología: Muestras fijadas tejido tumoral y sano de pacientes con cáncer colorrectal se utilizaron para caracterizar la expresión de PANX1 por inmunohistoquímica e inmunofluorescencia. Las imágenes de inmunohistoquímica fueron analizadas por el software Aperio-ImageScope. Ensayo de ligadura por proximidad (PLA) se realizó para evaluar la interacción entre CCR5 y PANX1. Para evaluar el efecto de CCR5 en la liberación de ATP, estimulamos células CCD481CoN en ausencia/presencia de inhibidores farmacológicos de PANX1/CCR5 *in vitro*.

Resultados: Identificamos una mayor expresión de CCR5 y PANX1 en células tumorales en comparación con el epitelio de la mucosa sana (n=27; Wilcoxon test p<0,05), sin diferencias significativas en el estroma. La expresión de CCR5 y PANX1 se correlaciona de forma positiva con etapas avanzadas del cáncer (Spearman, p<0,0001). Adicionalmente se identificó una mayor colocalización de CCR5 y PANX1 en muestras tumorales comparado con tejido sano. La cuantificación de señales PLA sugiere una interacción entre ambas proteínas en estadios tumorales avanzados (III). La activación de CCR5 induce la secreción de ATP en líneas celulares mediadas por apertura PANX1(n=3).

Conclusiones: Estos hallazgos sugieren la participación e interacción entre CCR5 y PANX1 en cáncer colorrectal y la progresión de la enfermedad. Fondecyt-11190990.

Efectividad degolimumaben pacientes con colitis ulcerosa: evaluacion de la vida eal en dos centros terciarios

Nuñez P[1], Quera R[2], Flores L[2], Fernandez R[3], Agar S[3], López C[3], Herrera K[4], Cortes A[5]

[1]Clinica Universidad de los Andes/ Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile; [2]Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [3]Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chilel; [4]Programa Doctorado "Nutrición y Ciencias de los Alimentos", Universidad de Granada, España/Clínica Universidad de los Andes, Chile, Santiago, Chile; [5]Clinic Universidad de los Andes, Santiago, Chile

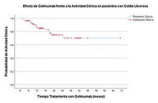
Introducción: Golimumab está disponible en Chile para pacientes con colitis ulcerosa (CU) con corticodependencia, refractariedad o eventos adversos (EA) a los tiopurínicos.

Objetivos: Describir la eficacia y seguridad de golimumab en pacientes con CU en control en dos centros terciarios.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo observacional de pacientes con CU ingresados a la Ley Ricarte Soto para inicio y mantenimiento de golimumab. De acuerdo con las guías de Tratamiento por Objetivos, se evaluó remisión sintomática, biomarcadores, endoscópica e histológica. Se excluyeron a los pacientes con menos 4 meses de tratamiento con golimumab. Para el análisis estadístico, se utilizó la curva de sobrevida Kaplan Meier, estadística descriptiva y de asociación chi2 con p<0.05.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, 68% mujeres, 94% bio-naive, con una mediana de edad 42 años (20-67), 61% con CU extensa. En tres pacientes (4%) hubo cambio de diagnóstico a enfermedad de Crohn. Fue necesario realizar optimización de la terapia en 49/79 pacientes (62%), 96% con dosis de mantenimiento de 50 mg subcutáneas cada 4 semanas. A los 4 meses se alcanzó remisión sintomática en el 86% (68/79), biomarcador 75% (55/73), endoscópica 68% (43/63) e histológica 38%â ¯(24/63). Figura 1 curva de Kaplan Meier para evaluar remisión sintomática en el tiempo. con el uso de golimumab. Ningún paciente requirió colectomía o desarrolló un EA atribuible al uso de golimumab. Un total de 9 pacientes. (11%) perdieron respuesta, siendo no respondedores 2 pacientes y con pérdida de respuesta en siete de ellos.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con CU, golimumab tiene una eficacia similar a la descrita en estudios de la vida real siendo una opción válida en el manejo de pacientes con CU.



Relevancia de los mastocitos en estadios avanzados de la enfermedad por hígado graso no alcohólico

Javi J[1], Guíñez D[2], Pinto A[2], Jeria F[2], Zazueta A[3], Campusano B[1], Aleman L[2], Carreño L[2], Magne F[3], Roblero J[2], Poniachik J[2], Beltran C[2]

[1]Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Universidad de Chile - Facultad de Medicina, Santiago, Chile

Introducción: Los mecanismosetiológicosde la progresión del daño hepático aún no se comprende completamente. Unelevadonúmero de mastocitoshepáticos(MC)ha sidoasociado al avance de las enfermedades hepáticasdediversas etiologías, siendo desconocidosu rol en la progresión de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA).

Objetivo: Evaluar las diferencias en la densidad de MC en tejido hepático de pacientes con cirrosis de distintas etiologías, incluyendo la EHGNA.

Método: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, en pacientes con cirrosis hepática de distintasetiología. En explanteshepáticosde pacientes con EHGNA (n=10), esteatohepatitis alcohólica (EHA) (n=10) y hepatitis autoinmune (HAI) (n=10) y biopsias de sujetoscontrolessin daño hepático (n=5), se determinó el número de MC-triptasa positivos/campo (MC/LPF, low-power-field) mediante inmunofluorescencia-indirecta.Se utilizó análisis Kruskal-wallis/post-hoc Dunn y Pearson para comparaciones y correlaciones, respectivamente, utilizando el ProgramaR, considerandosignificativo p<0,05.

Resultados: Las características de los sujetos se resumen en Tabla 1. Se observó un aumento de MC/LPFparaEHGNA (37,77±13,56, p=0,0019), EHA (50,95±18,11, p=0,00028) y HAI (31,36±15,08, p=0,028),versuscontroles (18,74±2.931).Entre las etiologías, se observó un aumentode MC/LPF en EHA en comparación con HAI (p=0,017), sin diferencias entre EHA y EHGNA. Se identificó una correlación leve entre MC/LPF y tabaquismo(r=0,437, p<0,01),y consumo de alcohol (r=0,449, p<0,01).

Conclusión: Nuestrosresultados concuerdan con la literatura, confirmando un aumento de MC en cirrosis hepática, siendo estoslos primeros en describiruna elevación comparable de MC en daño hepático porEHGNAcon respecto aEHA. Loshallazgosen HAI pueden explicarse por el uso de terapias inmunosupresoras.Las correlaciones entre el aumento de MC, el tabaquismo yelconsumo de alcohol sugieren un papel proinflamatorio de estos agentes,que promueveelreclutamientode MCalhígado.FONDECYT-1181699.



Menor respuesta serológica a la vacunación contra sars-cov-2 en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal utilizando terapia combinada (anti-tnf e inmunomodulador)

Ernest K, Rowan C, Quan J, Yeaman F, Ma C, Panaccione R, Hracs L, Sharifi N, Herauf M, Markovinovic A, Coward S, Windsor J, Caplan L, Ingram R, Seow C, Novak K, Lu C, Kaplan G

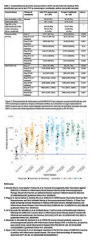
University of Calgary, Calgary, Canadá

Introducción: Los anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF), reducen la respuesta serológica (RS) a la vacunación contra SARS-CoV-2 (VCS), con menor durabilidad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (PEII)[1-3]. Dosis adicionales de VCS aumentan efectivamente la RS en estos pacientes, no obstante, siempre en menor nivel comparado con sujetos sanos[4,5]. La RS en pacientes con anti-TNFs en monoterapia contra terapia combinada (TC) no está descrita, siendo este el objetivo del estudio.

Métodos: Se reclutaron PEII (cohorte STOP-COVID-19-IBD[5]) con VCS (≥2 dosis) en tratamiento con anti-TNF en monoterapia o TC (anti-TNF junto azatioprina o metotrexato). RS evaluada determinando anticuerpos IgG anti-S (proteína espícula) con ensayo Abbott Architect SARS-CoV-2-IgG-II-Quant: semanas 1-8 post-1º dosis vacunal, y semanas 1-8 y 8+ post-2º, 3º, 4º dosis. Información demográfica recolectada en la inclusión. RS se definió como niveles IgG ≥50 AU/mL, la RS se comparó entre ambos grupos usando pruebas de proporciones de dos muestras. Concentraciones anti-S, reportadas en media-geométrica de títulos (GMT), comparadas usando Mann-Whitney-U.

Resultados: La tabla 1 describe características de PEII y RS estratificadas en anti-TNF monoterapia (*n*=207) y TC (*n*=68). Títulos anti-S fueron significativamente menores en TC en comparación con monoterapia en la semana 1-8 luego de la 1º dosis vacunal, y en las semanas 1-8 y 8+ después de la 2º dosis. No hubo diferencias significativas en el GTM luego de recibir dosis vacunales adicionales (Figura 1).

Conclusiones: Los PEII tratados con TC desarrollaron una RS menor luego de dos dosis de VCS comparado con aquellos en monoterapia con anti-TNF. Esto no se observó luego de aplicar dosis vacunales adicionales, ambos grupos desarrollaron una RS robusta. Estos resultados resaltan la importancia de aplicar dosis adicionales de VCS para una protección serológica adecuada en PEII, en especial aquellos en tratamiento con TC.



Metodo “flash” para el diagnostico de colangiocarcinoma por colangioscopia y citologia en el sitio: tecnica practica y de bajo costo

HEVIA F[1], HERRERA J[2], VASQUEZ M[1], CASTRO M[1], PORRAS J[1], VARGAS J[1], ARGUEDAS D[1]

[1]CCSS, SAN JOSE, Costa Rica; [2]caja costarricense del seguro sociaL, SAN JOSE, Costa Rica

Introduccion: Las estenosis de vías biliares y la definición de Colangiocarcinoma usan el TAC y Resonancia Magnética como técnicas más sensibles, las cuales siempre van a requerir la confirmación del diagnóstico para una solución terapéutica. El hecho de tomar biopsias directamente de la lesión visualizada permite un diagnóstico definitivo en 2 a 7 días. El tiempo para un diagnóstico y aportar más evidencia del mismo es fundamental para la conducta terapéutica. Otras técnicas como el FISH, Cepillado directo, citología ROSE-TIC y Tomografía Óptica Coherente (TOC) significan mayores costos y complejidad.

Objetivo: Técnica de Citología de bajo costo que junto a la Colangioscopia de un operador, permite un diagnóstico rápido y efectivo de un Colangiocarcinoma

Metodo: Realizar colangioscopia de un operador de tercera generación (SpyScope DS II) con biopsia bajo visión directa (SpyBite TM). Poner el tejido obtenido en formalina buferizada, lavar la pinza de biopsia en la misma formalina, trasladar a una capsula en alcohol , poner en un microondas comercial en Alto Poder(no mayor de 39 grados), extraer la capsula, ponerla en Xilol y luego en parafina, pasar a inclusión, corte y teñido con hematoxilina y eosina. Tiempo : 2 horas. (se puede complementar con inmunohistoquímica)

Resultado: En el 2014 planteamos, esta técnica con un Colangioscopio de un operador de primera generación, tomando biopsias de una lesión estenótica simétrica en colédoco medio, indefinida para malignidad por TAC y Colangioresonancia con una espera de 6 meses para definir conducta terapéutica. Se visualizó la lesión estenótica con vasos sanguíneos sobre la superficie con características de malignidad. Se tomaron dos biopsias y se realizó la técnica de citología planteada y luego se corroboró el diagnostico con la biopsia.(Figura 1)

Conclusiones: “Citospyflash en el sitio” es una técnica rápida y de bajo costo para definir lesiones estenóticas de la vía biliar.

Clinical, endoscopic and histologic features of common variable immunodeficiency

Fluxa D[1], Alahmad M[2], Loeb L[1], Squire J[1], Ha C[3], Pardi D[4], Bi Y[1], Kinnucan J[1], Picco M[1], Leighton J[3], Farraye F[1], Hashash J[1]

[1]Mayo Clinic Florida, Jacksonville, Estados Unidos (EEUU); [2]Sheikh Shakhbout, Abudhabi, Estados Unidos (EEUU); [3]Mayo Clinic Arizona, Arizona, Estados Unidos (EEUU); [4]Mayo Clinic Rochester, Rochester, Estados Unidos (EEUU)

Introduction: Common variable immunodeficiency (CVID) is a rare illness with estimated prevalence of 1/25,000 individuals. Studies describing endoscopic and histopathological findings, and therapeutic options are lacking.

Objectives: To describe gastrointestinal (GI) symptoms, endo and histo findings, and real-world experience treatment of patients with CVID enteropathy (CVIDe).

Methods: Retrospective review of patients ≥16 years of age diagnosed with primary CVID who underwent endo evaluation for GI symptoms at a major three site academic medical center. Patients were identified by searching our institution's database. Demographics, GI symptoms, endo and histo findings, and treatments were abstracted. Descriptive statistics were used to analyze the results.

Results: A total of 57 patients were included; 53% female, median age at CVID diagnosis was 32 years (range 4-66). A total of 147 procedures were included. The most common GI symptoms leading to endo evaluation included diarrhea (50%), abdominal pain (29%), nausea (23%), weight loss (17%), vomiting (14%), and less frequently GI bleeding, bloating, anorexia/early satiety, heartburn, dysphagia, iron and vitamin B12 deficiency. Endoscopic and histopathological findings are described in Table 1. Twelve patients were diagnosed with CVIDe and received treatment with budesonide (9), prednisone (1), mesalamine (1), vedolizumab (2), infliximab

(2), ustekinumab (1), sirolimus (1), abatacept (1), cholestyramine (1) in addition to intravenous or subcutaneous immunoglobulin. One patient underwent bone marrow transplant for medically refractory disease.

Conclusion: GI symptoms are frequent in patients with CVID. While endoscopic and histopathological findings may be normal, decreased plasma cells and apoptosis are characteristic of CVIDe. In our series, 21% of the patients were diagnosed with CVIDe, similar to 15-20% as described by the literature. Most patients were treated with budesonide and 25% of patients eventually required biologics. Despite the lack of randomized controlled trials, patients with CVIDe may benefit from treatment with immunomodulators/biologics to reduce morbidity and mortality.



Hallazgos clinicos y endoscopicos en esofagitis eosinofílica de inicio pediátrico

MAURELIA E[1], GONZALEZ M[2]

[1]UNIVERSIDAD DE CHILE, Santiago, Chile; [2]Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile

Introduccion: La esofagitis eosinofílica (EEo) es una enfermedad crónica inmunomediada. Clínicamente se caracteriza por síntomas asociados con disfunción esofágica e histológicamente por un infiltrado inflamatorio predominante de eosinófilos

Objetivos: Describir las características clínicas y endoscópicas de niños y adolescentes con diagnóstico de EEo en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Santiago de Chile durante el periodo 2015-2023

Metodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a pacientes menores de 15 años con diagnóstico histopatológico de EEo.

Resultados: Total de 18 pacientes, 13 de sexo masculino, edad promedio 8,8años (rango 1 a 15años). El 50% de los pacientes estaban eutróficos, 22% presentaba riesgo de desnutrir y 11% desnutrición. El 34% tenía antecedentes de atopia, el 11% antecedente de atresia esofágica. El síntoma más frecuente fue la disfagia en 55%, seguido del dolor abdominal en 44%, pirosis, reflujo y vómitos en 22%, e impactación en 11%. El hallazgo endoscópico más común fue la presencia de anillos concéntricos o aspecto traquealizado en 50% de los casos, seguido de exudados blanquecinos y surcos longitudinales en un 27%. 27% de los pacientes presentaba un esófago descrito como normal. En la histología, el 89% de los pacientes presentaba infiltrado de eosinofilos en esófago proximal y 83% en esófago distal. El 100% de los pacientes recibió tratamiento inicial con inhibidores de bomba de protones, el 50% combinado con corticoides tópicos, el 22% combinado con dieta de exclusión, y el 17% recibió las tres medidas inicialmente.

Conclusiones: En esta serie, el síntoma más frecuente fue la disfagia, similar a la presentación en adultos. El 33% de los pacientes presentaba malnutrición por déficit. No se encontró una correlación entre variables clínicas y alteraciones endoscópicas. Sin embargo, destaca que en los pacientes con endoscopia normal, 80% presentaba dolor abdominal como síntoma. Esto recalca la importancia de realizar biopsias de esófago en pacientes con endoscopia normal

Estudio descriptivo de poblacion celiaca en un hospital publico en periodo de 2008 a 2022

AGUILERA R, NEIRA C, MATAMALA F, FARIAS C, ARRIAGADA E, ESTELA R, ESCOBAR S, SILVA V, DIAZ A

Hospital san borja, santiago, chile

Introducción: La enfermedad celiaca aun patología de baja prevalencia, ha ido cambiando su pesquisa dando el aumento en la sospecha y capacidad de estudio.

Objetivo: El objetivo del estudio es describir las características clínicas, serológicas, endoscópicas e histológicas de los pacientes con pesquisa de enfermedad celiaca controlados en HCSBA en el periodo 2008 a 2022.

Materiales y métodos: Utilizando el sistema electrónico de biopsias más fichas electrónicas del HCSBA, se buscaron biopsias de adultos obtenidas a través de endoscopia, serologías (anticuerpo anti-endomisio y anti-transglutaminasa). Se obtuvieron 71 pacientes.

Resultados: Se identificaron 71 pacientes con diagnosticadas de enfermedad celiaca, en su mayoría género femenino (77%), promedio de edad: 57 años. El motivo de estudio fue: Anemia 14%, diarrea crónica 20% y baja de peso 15%, como antecedente más frecuente la presencia de hipotiroidismo. La pesquisa de serologías 18%, sospecha endoscópica 39%, y la clasificación histológica fueron masrh 3 en 39% casos, con 44% pacientes con atrofia vellositaria y 41% con aumento de linfocitos. Ningún paciente con estudio con HLA DQ2-DQ8, Destacando un 21% de pacientes con ausencia de respuesta a tratamiento por adherencia y 7% con presencia de alteración de pruebas hepáticas. 3 pacientes contaban con serología negativa, pero endoscopia y biopsia compatible con enfermedad celiaca.

Conclusión: Existen pocos estudios epidemiológicos sobre enfermedad celiaca en Chile, permitiendo conocer el compartimiento de estos pacientes, mejorando el enfrentamiento; pese a ello aun no logramos cobertura adecuada del estudio serológico y falta de adherencia a dieta que impiden control de enfermedad.

Tumores neuroendocrinos del tracto digestivo alto: estudio descriptivo de 98 biopsias endoscópicas en un hospital docente en chile en un periodo de 18 años

AGUILERA R[1], HUDSON A[2], DIAZ A[1], GONZALEZ M[1], FARIAS C[1], ARRIAGADA E[1], ESTELA R[1], ESCOBAR S[1], SILVA V[1]

[1]Hospital san borja arriaran, santiago, chile; [2]hospital del salvador, santiago, chile

Introducción: Las neoplasias neuroendocrinas (NNE) constituyen un grupo heterogéneo y poco común de tumores originados a partir del sistema neuroendocrino difuso, caracterizados por expresar sinaptofisina y cromogranina, marcadores que permiten el diagnóstico histológico.

Objetivo: Describir las características endoscópicas e histológicas de NNE gastrointestinales altas, diagnosticadas por biopsia endoscópica, en HCSBA de Santiago Chile, periodo de 18 años.

Materiales y métodos: Utilizando el sistema electrónico de biopsias del HCSBA, se buscaron biopsias de adultos obtenidas por endoscopia, punción endosonográfica o percutánea, quirúrgica u otros, que contuvieran la palabra "neuroendocrino" o "neuroendocrina" desde diciembre de 2004 hasta Diciembre 2022. Se obtuvieron 226 biopsias, las cuales 166 fueron tomadas por endoscopia digestiva alta (EDA) y correspondían a 97 pacientes.

Resultados: Se identificaron 97 pacientes con NNE diagnosticadas histológicamente a partir de biopsia por EDA. La mayoría de sexo femenino 72.1%; promedio de edad: 62 años (26 a 87 años). La ubicación más frecuente fue estomago 75% y duodeno 25%. Dentro de todas las NNE encontradas, la ubicación intragástrica más reportada fue el cuerpo gástrico 44%, seguido del antro 16%. En menor frecuencia se encontraron NNE en la unión gastroesofágica o subcardiales 5%, fondo 5% y ángulo 3%. Seis pacientes presentaron múltiples ubicaciones 8% y no se reportó la ubicación intragástrica en 18% casos (13). Predominaron los tumores neuroendocrinos (TNE) G1 63/85 (74.1%), seguidos por TNE G2 9/85 (10.6%). No se reportaron TNE G3. El 15% de los pacientes (13/85) fue diagnosticado con carcinoma neuroendocrino. En 12.4 % pacientes (12) no se reportó el grado histológico. Al 2023, 37.1 % (36) pacientes con NNE habían fallecido. La edad promedio muerte: 68 años (rango 49-87 años), falleciendo por causa de NNE 38.9%.

Conclusión: Existen pocos estudios epidemiológicos sobre neoplasias neuroendocrinas gastrointestinales en Chile. Este estudio permite conocer el comportamiento de estos tumores en nuestra población.

Evaluación de las conductas alimentarias en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: un estudio piloto

Scricciolo A[1], Gilberti G[1], BASCUÑÁN K[2], Araya M[3], Elli L[1], Doneda L[4], Lombardo V[1], Costantino A[1], Tontini G[1], Caprioli F[5], Vecchi M[6], Roncoroni L[1]

[1]Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, 20122 Milan, Italy; Center for Prevention and Diagnosis of Celiac Disease; Gastroenterology and Endoscopy Unit, Milán, Italia; [2]UNIVERSIDAD DE CHILE, Santiago, Chile; [3]INTA, Santiago, Chile; [4]Department of Biomedical, Surgical and Dental Sciences, University of Milan, Milan, Italy, Milán, Italia; [5]Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti dell'Università degli Studi di Milano, Milán, Italia; [6]Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Digerente - Università degli Studi di Milano, Milán, Italia

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (ECr) son condiciones inflamatorias crónicas, de tratamiento complejo y que presentan variaciones en la respuesta clínica. Como coadyuvante, la dieta habitualmente se modifica e impone restricciones considerables, pero hasta ahora no hay recomendaciones específicas.

Objetivo: Evaluar las opciones dietarias que actualmente aplican los pacientes con UC y ECr, los alimentos que más eligen y los que más evitados.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes UC y ECr, mayores de 18 años, ambos géneros. El Mayo Score y Harvey-Bradshaw Index (HBI) definieron el grado de actividad de la UC y ECr, respectivamente. Se evaluó el estado nutricional por antropometría y un cuestionario ad-hoc registró los hábitos dietarios y alimentos consumidos. El análisis se realizó utilizando estadística descriptiva y test de ANOVA.

Resultados: El Mayo score y HBI revelaron que 67.4 y 80.9 de los pacientes estaban en remisión. El estado nutricional fue normal en todos, sin diferencias entre grupos, aunque el peso promedio fue mayor en ECr. Las dietas más utilizadas son la dieta sin lactosa: 21.3% (UC), 17.4% (ECr) y 11.6% (controles) y la dieta libre de gluten (DLG): 23.4% (UC), 13.4% ECr y 9.3% (controles). La dieta baja en FODMAP es prácticamente desconocida. El consumo de fibra es bajo y el de panes y pastas es alto, sin diferencia entre grupos.

Discusión: El grupo evaluado mostró bajos indicadores de actividad de su enfermedad, estado nutricional normal y restricciones dietarias que modifican la cantidad y

calidad en el consumo de alimentos y pueden deteriorar la calidad de vida. La dieta sin lactosa y la DLG son las más conocidas y utilizadas mientras que la baja en FODMAP no se ha incorporado a las herramientas utilizadas por estos pacientes. El consumo controlado de ciertos tipos de fibra debiera promoverse en estos pacientes.

El alelo a del polimorfismo rs9939609 asociado a obesidad aumenta el riesgo de cáncer colorrectal en una cohorte de sujetos chilenos

LANDSKRON G[1], Dominguez A[1], Cortes V[2], Zambra M[2], Sanguineti A[2], De la Fuente M[1], Castro M[1], Martinez M[1], Simian D[2], Alvarez K[3], Lopez F[3], Abedrapo M[2], Hermoso M[4]

[1]Universidad finis terrae, santiago, Chile; [2]Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [4]Universidad de Chile, Santiago, Chile

La obesidad es un factor de riesgo del cáncer colorrectal (CCR) y el gen asociado a masa grasa y obesidad (FTO) posee varios polimorfismos en el primer intrón que han sido fuertemente asociados a obesidad, diabetes y, en particular, el polimorfismo rs-9939609T/A ha mostrado una asociación variable con CCR, dependiendo del origen geográfico y raza de las cohortes evaluadas; sin embargo, en pacientes chilenos esta asociación es desconocida. El objetivo de este estudio fue determinar la asociación del alelo de riesgo rs9939609A del gen FTO con la presencia del CCR y con su progresión en dos cohortes de sujetos de las Regiones Metropolitana y de Magallanes. La genotipificación del polimorfismo rs9939609A/T FTO, se realizó mediante PCR y posterior secuenciación por método de Sanger a partir de ADN germinal aislado de sangre periférica de sujetos con CCR (n=120), adenoma (n=73) y controles sanos (n=99) de Clínica Las Condes, programa PRENEC y Biobanco de Tejidos del Hospital Clínico Universidad de Chile. El análisis estadístico se realizó con Chi-cuadrado, Odds ratio y regresión logística binaria con Graphpad y SPSS, considerando diferencias significativas con *p*-value<0,05. La detección del genotipo AA y el alelo de riesgo A en pacientes con CCR fue mayor en comparación con los controles y adenoma (genotipo 7,5% vs 1,4% y 1,0%, respectivamente, p=0,03; alelo 27% vs 15% y 17%, respectivamente, p=0,01). La asociación entre el alelo de riesgo A y CCR continuó significativa después de ajustar por modelos independiente de edad, sexo y antecedente familiar (Odds ratio 2,08 IC 1,057-4,590, p=0,04). No observamos diferencias en el genotipo según TNM ni tampoco diferencias entre los genotipos de las cohortes de Santiago vs Magallanes. Sugerimos que la presencia del alelo de riesgo A del polimorfismo rs9939609 FTO puede estar involucrada a una mayor susceptibilidad de CCR en pacientes chilenos.

Quadruple and dual therapies are superior to standard clarithromycin-based triple therapy for helicobacter pylori first-line eradication therapy used in the latin american registry on the management of helicobacter pylori infection (hp-latamreg)

Reyes Placencia D[1], Remes-Troche J[2], Laudanno O[3], Otero W[4], Piscoya A[5], Ramírez J[6], Otoya G[7], Campos C[8], Medel-Jara P[1], Latorre G[1], Chahuan J[1], Arenas A[9], Candia R[1], Mansilla R[10], Vargas J[1], Hanna I[11], Cano A[2], Bosques F[12], Coss E[13], Velarde J[14], Pérez A[14], Félix F[14], Morel E[14], Higuera F[15], Velasco Y[15], Motola M[15], González M[16], Olalde Á[16], Raña R[17], Flores Á[18], Ochoa L[18], Gómez O[19], Yamamoto J[20], Valdovinos L[20], Juárez E[21], Guirao R[21], Bretón G[21], Ortiz N[22], Ruiz E[23], Icaza M[24], Pizarro M[1], Binder M[1], Bustamante M[1], Dukes E[1], Martinez F[1], Silva F[1], Marulanda H[4], Otero L[25], Otero E[25], Trespalacios A[26], Ahumarán G[27], Bedini O[28], Rodriguez P[29], Ustares F[30], Moreno J[8], Fuentes-López E[1], Cano-Català A[31], Moreira L[32], P. Nyssen O[33], P. Gisbert J[33], Riquelme A[1]

[1]Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Institute of Medical-Biological Research, Universidad Veracruzana, Veracruz, México; [3]Medical Research Institute Doctor Alfredo Lanari, Buenos Aires, Argentina; [4]Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; [5]Guillermo Kaelin de la Fuente Hospital, EsSalud, Lima, Perú; [6]Clínica Liga Contra el Cáncer, Lima, Perú; [7]Guillermo Almenara Irigoyen Hospital, Lima, Perú; [8]Hospital Clínica Bíblica, San José, Costa Rica; [9]Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [10]Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, sede Patagonia, Puerto Montt, Chile; [11]Hospital Alcívar, Guayaquil, Ecuador; [12]Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México; [13]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, CDMX, México; [14]Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México; [15]Hospital General de México, CDMX, México; [16]Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), Toluca, Estado de México, México; [17]Hospital Español de México, CDMX, México; [18]ISSTECALI, Mexicali, Baja California, México; [19]Hospital Ángeles Puebla, Puebla, México; [20]Hospital Medica Sur, CDMX, México; [21]Hospital Juárez de México, CDMX, México; [22]UMAE, CMN Siglo XXI, IMSS, CDMX, México; [23]Instituto Nacional de Cancerología, CDMX, México; [24]Hospital Faro del Mayab, Mérida, Yucatán, México; [25]Centro de Gastroenterología y Endoscopía, Bogotá, Colombia; [26]Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia; [27]Clínica Monte Grande, Buenos Aires, Argentina; [28]Centro de Endoscopía Digestiva, Rosario, Argentina; [29]Instituto Modelo Córdoba, Córdoba, Argentina; [30]Sanatorio Lavalle, Jujuy, Argentina; [31]Endoscopy and Surgery (GOES) research group, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, 08243, Manresa, España; [32]Hospital Clínic de Barcelona, University of Barcelona, Barcelona, España; [33]Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), UAM and CIBERehd, Madrid, España

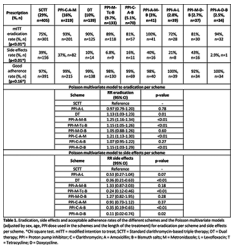
Background: *Helicobacter pylori* infection is a public health problem in Latin America.

Objectives: Describe and evaluate the main *Helicobacter pylori* eradication therapies, their eradication rates, adherence, and side effects.

Methods: A multicenter, retrospective, international registry (Hp-LATAMReg) was conducted. Information about therapies used by gastroenterologists in six countries (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Mexico, and Peru) from 2015 to 2023 was registered in an e-CRF AEG-REDCap database. The modified intention-to-treat (mITT) effectiveness, safety, and adherence was analyzed for the first-line regimens. The mITT and the side effects rate of the schemes were compared by a Poisson multivariate regression, adjusted by sex, age, proton pump inhibitor (PPI) dose used in the schemes and the length of the treatment.

Results: 1,378 patients were registered, of which 1,218 (88%) were treatment-naïve. The most commonly prescribed first-line therapies (n=1,117, 81%) were analyzed: standard clarithromycin-based triple therapy (SCTT) (PPI-amoxicillin (A)-clarithromycin (C); n=405, 29%), PPI-C-A-Metronidazole (M) (n=219, 16%), dual therapy (DT) (PPI-A; n=139, 10%), PPI-M-Tetracycline (Tc)-Bismuth (B) (n=133, 9.7%), PPI-C-A-B (n=70, 5.1%), PPI-A-M-B (n=41, 3%), PPI-A-Levofloxacin (L) (n=39, 2.8%), PPI-M-Doxycycline (D)-B (n=37, 2.7%) and PPI-A-D-B (n=34, 2.5%). Most of the regimes were 14-day long (n=1,051, 96%), and administered high-dose PPIs (54 to 128 mg omeprazole equivalents b.i.d.) (n=548, 50%). The first-line mITT overall effectiveness ranged from 72% to 100%, being the DT, PPI-A-M-B, PPI-M-Tc-B, PPI-C-A-M and PPI-A-D-B significantly more effective than SCTT. Moreover, the DT, PPI-M-Tc-B, PPI-C-A-B and PPI-A-D-B schemes had significantly fewer side effects compared with SCTT. Good adherence, defined as >90% of drug intake, was observed in 98% (n=1,090), without differences between the schemes (p=0.16) (Table 1).

Conclusions: In Latin America, quadruple and dual therapies were superior to SCTT and were safer than standard triple therapy. SCTT should not be considered as a first-line eradication treatment in Latin America.



Seroprevalencia de infección por virus de hepatitis, hiv y sífilis en pacientes en hemodialisis. Analisis preliminar

GARCIA A[1], Ramos M[2], Fernandez S[3], Marin E[2], Goodman P[2], LUNA M[2], SEQUERA R[2]

[1]Catedra de Fisiologia/Escuela Luis Razetti, Caracas, Venezuela; [2]Lab de Inmunoquimica y ultraestructura toxinologica/Instituto Anatomico Jose Izquierdo, caracas, Venezuela; [3]Servicio Gastroenterologia/Hospital Universitario de Caracas, caracas, Venezuela

Introducción: Se estima que unos 3.000.000 de venezolanos (10,4% de la población) tienen enfermedad renal crónica, de los cuales 21.000 requieren hemodiálisis. La prevalencia actualizada de infección por VIH, Sifilis y virus de hepatitis A, B y C en estos pacientes ha sido poco documentada.

Objetivo: Determinar la prevalencia de infección por VIH, Sifilis y virus de hepatitis A, B y C en pacientes en hemodiálisis.

Métodos: Estudio epidemiológico de tipo corte transversal, descriptivo. Muestra evaluada fue de 1234 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, de ambos sexos, residentes de la Gran Caracas. A cada participante se le realizó una historia clínica y se le tomo una muestra sanguine. Lla presencia de anticuerpos sericos contra treponema pallidum, HIV-1/HIV-2, VHA Ig M, VHA Ig G, HBsAg, Anti HBc y VHC fueron evaluados por inmunocromatografia de adsorcion y las muestras positivas fueron confirmadas por Elisa 4G.

Resultados: De la muestra total evaluada 762 (61.75 %) fueron hombres y 472 (38,25 %) mujeres. La edad promedio de la muestra total fue 53,61 ± 14,47 años (IC 95 % de 52,80 a 54,42 años. El porcentaje de serologías positivas fueron: HIV 4.13% (n = 51), sífilis 5.02 %(N= 62), VHA IgM 1.46% (n = 18), VHA Ig G 23.74% (n = 293); HBsAg 0.97% (n=12), anti-HBc 1.22% (n = 15) y Anti VHC 30.88% (N=381). El 62,2 % de los seropositivos para VHC fueron hombres.

Conclusión: Se muestra la prevalencia actualizada de infecciones por VIH, sífilis y virus de hepatitis en una muestra poblacional de Venezuela de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Destaca la elevada prevalencia de infección por VHC con predominio en homb

The use of ERCP during the early covid-19 pandemic

Fluxa D[1], Ko D[1], Kim D[1], Palacios P[1], Kroner P[2], Lukens F[1]

[1]Mayo Clinic Florida, Jacksonville, Estados Unidos (EEUU); [2]Riverside Health System, Virginia, Estados Unidos (EEUU)

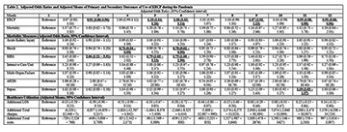
Introduction: The early rapid spread of COVID-19 impacted access to healthcare for elective, subacute and acute medical conditions across the US and resulted in associated worse outcomes in infected patients undergoing procedures compared to pre-pandemic.

Objective: To explore the use and outcomes of inpatients undergoing ERCP for any indication during the early months of the COVID-19 pandemic.

Methods: Retrospective observational study conducted by querying the National Inpatient Sample for the year 2020. Patients with ERCP procedural ICD-10 codes were included. Primary outcome included inpatient odds of ERCP for all indications. Secondary outcomes included inpatient odds of mortality, morbidity, resource utilization, as well a crude numbers and odds of intra-procedural interventions. The month of January (pre-pandemic) was used as comparator. Multivariate regression was used to adjust for gender, age, insurance status, Charlson Comorbidity Index, income in patient zip code, hospital region, location, size and teaching status.

Results: The study included 152,125 patients, 54.6% females, mean age 61.3 years. There were decreased ERCP odds in March, November-December and increased ERCP odds in May-June and September compared to January (pre-pandemic). There was no significant difference in odds of mortality compared to January (pre-pandemic). Morbidity and resource utilization measures are shown in Table 1. Regarding intra-procedural instrumentation, there were increased odds of biliary sphincterotomy and lithotripsy throughout April-June compared to January. There were no significant differences in odds of ERCP complications compared to pre-pandemic levels.

Conclusion: While there was a decreased number and odds of ERCP early in the pandemic, the subsequent months up to October 2020 saw non-different and increased odds of ERCP compared to pre-pandemic levels. Interestingly, there were increased odds of lithotripsy and biliary sphincterotomy throughout April-June. No significantly different odds of ERCP-related complications, mortality or resource utilization were noted in early pandemic months compared to pre-pandemic standards.



Comparacion de la efectividad de la rectosigmoidoscopia versus la colonoscopia completa sobre la evaluacion de la actividad inflamatoria en personas con colitis ulcerosa

Quera R[1], Nuñez P[1], Calderón P[1], Aguila F[1], Concha A[1], Cordova A[1], Carvajal F[2], Riquelme C[3], Herrera K[4], Cortés A[1]

[1]Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [2]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [4]Programa Doctorado "Nutrición y Ciencias de los Alimentos", Universidad de Granada, España./ Clinica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introduccion: La colitis ulcerosa (CU), es una patología crónica que se extiende en grado variable desde recto a colon proximal. En la actualidad, los objetivos a lograr con las diferentes estrategias farmacológicas en las personas con CU incluyen no solo la remisión sintomática sino también la endoscópica. Estudios han sugerido que la rectosigmoidoscopia sería suficiente para esta evaluación. Sin embargo, algunas individuos con CU pueden tener inflamación de la mucosa a nivel proximal al ángulo esplénico e incluso cambiar el diagnóstico a enfermedad de Crohn en caso de demostrar actividad a nivel de íleon.

Objetivo: Comparar la efectividad de la rectosigmoidoscopia versus la colonoscopía completa sobre la evaluación de la actividad inflamatoria en personas con CU pertenecientes al Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de la Clínica Universidad de los Andes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, se analizaron las colonoscopias realizadas entre enero 2021 y junio 2023, se recopilaron datos demográficos, extensión del compromiso, actividad endoscópica e histológica por segmentos. Prueba de normalidad Kolmogorov - Smirnova, distribución no normal. Pruebas de correlación de Spearman (r), índice kappa de Cohen (k), Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN), con un p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 228 colonoscopia, 57% (130) de sexo femenino, mediana de edad 39 (rango intercuartílico 14-72), 31% (71) de los pacientes con terapia biológica. La colitis extensa 48% (110) fue la más frecuente. Respecto a la efectividad de las técnicas, se observó una muy buena concordancia y correlación respecto a los hallazgos tanto histológicos como endoscópicos de los pacientes (k=0,91 ; r=0,92) (Figura 1). Sin embargo, en 18 (8%) pacientes se realizó un cambio de diagnóstico.

Conclusiones: En esta cohorte se observa que ambas técnicas son efectivas para evaluar el compromiso de la enfermedad, pero la colonoscopia completa permite hacer cambio de diagnósticos.



Prevalencia de resistencia antibiótica en helicobacter pylori en la región de la araucanía, chile: un llamado a la vigilancia epidemiológica?

PAVEZ M[1], ORTEGA C[1], HOFMANN E[2], SIERRALTA A[3], COPPELLI L[4], SEPULVEDA R[1], LARA C[5], GARCIA D[6], Bustamante L[7], CERDA A[1]

[1]Universidad de La Frontera, Temuco, Chile; [2]Clinica Alemana de Temuco, Temuco, Chile; [3]Hospital Hernan Henriquez Aravena de Temuco, Temuco, Chile; [4]Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile; [5]Hospital Hernán Henriquez Aravena, Temuco, Chile; [6]Hospital Hernán Henriquez Aravena de Temuco, Temuco, Chile; [7]Hospital Hernán Hneriquez Aravena de Temuco, Temuco, Chile

Helicobacter pylori coloniza a más de la mitad de la población mundial y se considera una de las principales causas de enfermedades gástricas y carcinogénesis gástrica, por lo que su erradicación se considera una prioridad. Actualmente el fracaso terapéutico en tratamientos empíricos para la infección por *H.pylori* es un problema de salud emergente y las crecientes tasas de resistencia a la claritromicina han alertado a gastroenterólogos y microbiólogos, lo que ha llevado a la OMS a considerar a esta bacteria en categoría de alta prioridad. Chile, a pesar de su alta prevalencia de enfermedades gástricas y alta tasa de mortalidad por cáncer gástrico, reporta escasos datos de *H.pylori* y su efectividad del tratamiento actual. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de resistencia antibiótica de *H.pylori* en cepas aisladas de pacientes dispépticos en la Región de La Araucanía.

Método: Se evaluaron 121 cepas de *H.pylori* obtenidas de pacientes sometidos a endoscopia de tres instituciones de Salud en la Región de La Araucanía. Se identificó la susceptibilidad antibiótica a 5 fármacos (claritromicina, levofloxacino, tetraciclina, metronidazol y amoxicilina), a través del método E-test. Se realizaron análisis estadísticos para el perfil de resistencia y su asociación con variables biodemográficas, clínicas y estilo de vida.

Resultados: Los estudios de susceptibilidad a los antibióticos mostraron altas tasas de resistencia a metronidazol y amoxicilina con 70 y 43% respectivamente. Claritromicina y levofloxacina presentaron tasas de resistencia similares (38%, 39% respectivamente), pero con una distribución diferenciada entre población urbana y rural (p=0,012, p=0,010). Un 56 % de los pacientes estudiados presentaron resistencia a 2 o más antibióticos y solo un 8% fue sensible. Solo Claritromicina se asoció a fracaso terapéutico.

Conclusión: Los altos índices resistencia antibiótica en las cepas bacterianas estudiadas demuestran la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica en al Región de La Araucanía.

La presencia de esteatosis y esteatohepatitis en hepatitis autoinmune se asocia a fibrosis hepática avanzada

Arévalo G, Simian D, Palomo C, Carreño L, Poniachik J, Urzúa Á

Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El hígado graso asociado a disfunción metabólica (MAFLD) es una de las causas más frecuentes de enfermedad hepática crónica a nivel mundial. La esteatohepatitis es un factor de riesgo importante para la fibrosis y su progresión. MAFLD podría estar presente en otras causas de daño hepático crónico, como la hepatitis autoinmune (HAI). Existe escasa información sobre el papel de MAFLD en la fibrosis en pacientes con HAI.

Objetivo: Describir la frecuencia de esteatosis, esteatohepatitis y fibrosis en biopsias hepáticas de HAI y el impacto de la esteatosis y la esteatohepatitis en la severidad de la fibrosis y la sobrevida.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en pacientes con HAI con biopsia hepática realizada previo al inicio de tratamiento, entre enero 2014–junio 2023. Se excluyeron alcohol y otras etiologías de enfermedad hepática. Del informe anatomopatológico se consignó la presencia de esteatosis, esteatohepatitis y fibrosis y los datos clínicos de las fichas electrónicas. Se realizó chi2 y Odds Ratio (OR) en STATA 13, considerando un p < 0,05 estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizaron 195 biopsias de pacientes con HAI; el 74% eran mujeres, mediana de edad 58 (rango 15–85). Un 25% presentaba esteatosis, 14% esteatohepatitis y 60% fibrosis avanzada (> F3). Un 85% de los pacientes con esteatohepatitis tenía fibrosis avanzada (>F3). La presencia de esteatosis y esteatohepatitis fueron factores de riesgo independientes para fibrosis avanzada (OR 2,26, IC95% 1,23–4,15, p=0,004 y OR 3,86, IC95% 1,39–10,74, p=0,003, respectivamente) y para mortalidad (OR 2,16, IC95% 1,30–3,59 p=0,006 y OR 2,2, IC95% 1,06–4,84 p=0,031, respectivamente).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con HAI, la esteatosis y la esteatohepatitis fueron factores de riesgo para fibrosis avanzada y mortalidad. En pacientes con HAI, MAFLD debe ser tratado para evitar la progresión a fibrosis.

Tabla 1: Características demográficas y clínicas asociadas a la presencia de esteatosis hepática en pacientes con hepatitis autoinmune

N = 195	Esteatosis N = 48 (25%)	Sin esteatosis N = 147 (75%)	Valor p
Género femenino (n,%)	37 (77)	108 (73)	0,619
Edad (mediana;RIC)	56 (49 – 66)	58 (48 – 64)	0,655
IMC (mediana;RIC)	29,4 (25,3 – 33)	27 (24 – 30,4)	**0,018**
Comorbilidades (n,%)			
Diabetes	15 (31)	29 (22)	0,193
Hipertensión	18 (42)	43 (33)	0,267
Laboratorio (mediana;RIC)			
Bilirrubina	1,3 (0,7 – 2,3)	2,13 (1,0 – 5,4)	**0,005**
INR	1,16 (1,07 – 1,3)	1,20 (1,1 – 1,4)	0,152
Plaquetas	332500 (85000 – 205000)	183000 (119000 – 232000)	**0,015**
Fibrosis avanzada (≥ F3) (n,%)	37 (77)	79 (54)	**0,005**
Mortalidad (n,%)	12 (25)	14 (9)	**0,004**

RIC: rango intercuartílico; IMC: Índice de masa corporal

La proteína asociada a obesidad fto participa en el microambiente tumoral en modelos de cáncer colorrectal

Dominguez A[1], Cortes V[2], Zambra M[2], Sanguineti A[2], De la Fuente M[1], Simian D[2], Martinez M[1], Alvarez K[3], Lopez F[3], Eugenin E[4], Abedrapo M[2], Hermoso M[5], LANDSKRON G[1]

[1]UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, Santiago, Chile; [2]Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Clinica Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [4]University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas, Estados Unidos (EEUU); [5]Universidad de Chile, Santiago, Chile

La enzima asociada a masa grasa y obesidad llamada FTO, participa en la remoción de metilaciones en las N^6-metiladenosinas (m^6A) de ARN mensajeros, regulando la expresión génica y descubriéndose recientemente su participación en diversos procesos oncogénicos.

El papel biológico de FTO ha sido relacionado a procesos de progresión tumoral en una variedad de cánceres, como la transición epitelio-mesénquima (EMT), evasión inmune y alteraciones metabólicas, pero el rol promotor o protector es aún controversial en la evolución del cáncer colorrectal. El objetivo de este estudio es caracterizar la expresión de FTO en el tejido tumoral y no tumoral de 22 pacientes con cáncer de colon mediante inmunohistoquimica y asociar esta expresión con características clínicas e histopatológicas, marcadores de proliferación, transición epitelio mesenquimal y células inmunes del estroma por inmunofluorescencia múltiple. El análisis de imágenes se realizó con Aperio ImageScope e ImageJ, el análisis estadístico incluyó pruebas de Kruskal Wallis, Mann Whitney y correlación de Spearman con un p-value<0,05 con GraphPad 9. Un aumento en la expresión de FTO fue observado en células tumorales y estroma desde estadios tempranos en tejidos tumorales versus no tumoral (Kruskal Wallis, p<0,05). Además, en tejidos con alta expresión de FTO aumentó a nivel citoplasmático-la expresión del marcador epitelial E-cadherina, tanto en células tumorales como en estroma (Mann-Whitney, p<0,05). La expresión de FTO en el estroma se asoció directamente con el marcador mesenquimal ZEB-1 (Spearman, p<0,05 y r=0,8025), predominando en células T y macrófagos. Al inhibir farmacológicamente FTO en la línea celular de adenocarcinoma HCT116, la viabilidad se reduce y la sobreexpresión de FTO aumenta la expresión de SOX9 y CD44 (troncalidad). Estos datos sugieren que la expresión de FTO en el microambiente tumoral se asocia a la adopción de fenotipos de transición mesenquimal y cáncer stem cell contribuyendo a la progresión tumoral.

Caracterización molecular de la resistencia a claritromicina en helicobacter pylori aislados de pacientes en la región de la araucanía

ORTEGA C[1], CERDA Á[1], SEPULVEDA R[1], HOFMANN E[2], SIERRALTA A[3], LARA C[3], GARCÍA D[3], BUSTAMANTE L[3], COPPELLI L[4], PAVEZ M[5]

[1]Universidad de La Frontera, Temuco, Chile; [2]Clinica Alemana de Temuco, Temuco, Chile; [3]Hospital Hernán Henriquez Aravena de Temuco, Temuco, Chile; [4]Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile; [5]CEMT/Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

La infección por *Helicobacter pylori (Hpylori)* afecta al 50% de la población mundial yestá asociada a diversas enfermedades gastroduodenales. La resistencia antibiótica es uno de los principales problemas en su erradicación, siendo la resistencia a Claritromicina asociada a falla terapéutica. El principal mecanismo de resistencia reportado para Hpylori es la presencia de mutaciones especificas en el dominio V del ARN 23s, sin embargo se desconoce la verdad prevalencia de este mecanismo en especial en nuestra población El objetivo de este estudio fue caracterizar molecularmente la resistencia antibiótica a Claritromicina en *H.pylori*, obtenidos de pacientes dispépticos en la Región de La Araucanía.

Métodos:. Se evaluaron 108 cepas, las cuales fueron sometidas a pruebas de susceptibilidad (MIC-Etest). Se realizó de ADN, seguido de una PCR-RFLP para la búsqueda de mutaciones específicas (A2142G y A2143G). seguido de un secuenciación para la búsqueda de nuevas mutaciones. Además, se realizó la extracción de ARN, para estudiar la expresión génica del gen *hefA* a través de PCRreal-time, estudiando la expresión génica del gen HefA.

Resultados: Se observo una tasa de resistencia de 35% (37) para Claritromicina. Solo 41, 4% de las cepas resitntes presentaron alguna de las mutaciones específicas, sin embargo, se encontraron otras 2 mutaciones puntuales asociadas a la resistenca de estas cepasen . Se observó un aumento de la expresión de la bomba de expulsión HefA en cepas resistentes, pero con un comportamiento diferenciado entre cepas que presentaban mutación en el dominio V y las que no. Entre las cepas resistentes que no presentaron mutación (56%), se observó una buena correlación de la expresión de HefA con la CIM obtenida.

Conclusión: La resistencia a claritromicina esta fuertemente ligada a la presencia de mutaciones sin embargo en nuestra población existen otros mecanismo asociados que deben ser considerados en la vigilancia de la falla terapéutica.

Caracterización genética de cag-a en helicobacter pylori aislados en la región de la araucanía: su implicancia clínica y diferenciación genética

PAVEZ M[1], HOFMANN E[2], SIERRALTA A[3], COPPELLI L[4], CERDA Á[5]

[1]CEMT/Universidad de La Frontera, Temuco, Chile; [2]Clinica Alemana de Tewmuco, Temuco, Chile; [3]Hospital Hernán Henriquez Aravena de Temuco, Temuco, Chile; [4]Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile; [5]Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

Introducción*: Helicobacter pylori* (Hp) es una bacteria Gram-negativa que coloniza el epitelio gástrico humano. De sus proteínas secretadas, CagA desempeña un papel central en la patogénesis al alterar células epiteliales y promover inflamación crónica. La variante fosforilada de CagA ha sido vinculada a enfermedades gástricas graves asociadas a Hp. Los perfiles CagA varían entre oriente (EA) y occidente (W); en este último la multimerización de EPIYA-C está asociada con mayor gravedad.. El objetivo de este estudio fue tipificar molecularmente e identificar las variaciones genéticas de CagA presente en los pacientes Hp+ de la Región de la Araucanía.

Métodos: Se obtuvieron 120 cepas Hp a partir de muestras de biopsia de pacientes Hp+. Se realizó la extracción de ADN y la búsqueda del gen c*agA* a través de la técnica de PCR seguido de la secuenciación del amplificado. El análisis de genes se realizó con software MEGA11, el análisis estadístico se realizó en Graph-Pad Prism y los estudios de diferenciación genética de estos motivos se realizó con DNAspv5.10, evaluando (Fst) y Tajima test.

Resultados y conclusión: De los 120 aislados bacterianos solo 45 (37%) presentaron el gen CagA. Las 45 secuencias fueron identificadas como Western tanto en sus motivos EPIYA como CM, con un perfil de multimerización de ABC(54%), ABCC(37%) y ABCC(8%). Se observó una gran diferenciación genética con valores de Fst 0.31485, además obtuvimos un valor negativo para la prueba de Tajima D(-0.611)lo que lleva a suponer una adaptación local o presión ambiental favorable para la estructuración genética de gen CagA Estudios filogenéticos son necesarios para comprender mejor las implicancias clínicas de CagA en esta población.

Rol de bcl3 (B-cell Lymphoma-3) en el desarrollo de pluripotencialidad del hepatocarcinoma

ZANABRIA R[1], ALZAGA J[1], Pinto A[1], Alemán L[1], Beltrán C[1], Poniachik J[2]

[1]U DE CHILE, Ñuñoa, Chile; [2]Hospital Clinico U de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El aumento de células cancerígenas pluripotenciales es asociado a una mayor agresividad del hepatocarcinoma (HCC), siendo la glicoproteína de membrana EpCAM (*Epithelial Cell Adhesion Molecule*) un marcador de este proceso. La sobreexpresión de la proteína Bcl-3, co-regulador de la transcripción de genes modulados por la vía NF-kB, se asocia a mal pronóstico en diversos tumores sólidos. Se desconoce el rol de Bcl-3 en la inducción de pluripotencialidad en el HCC.

Objetivo: Evaluar la expresión hepática de Bcl-3 en pacientes con HCC y el papel de su modulación *in vitro* en la expresión de EpCAM.

Métodos: En tejido tumoral (TU) y tejido adyacente, no tumoral (no-TU) de pacientes con HCC (N=6), se determinó la expresión de Bcl-3 mediante qPCR, Inmunoblot e inmunofluorescencia-indirecta. La expresión de Bcl-3 y EpCAM fue evaluada por qPCR, en la línea celular de hepatocarcinoma (HEPG2) transfectadas con vector de expresión para Bcl-3. Estadística: U de Mann Whitney y T de Student para comparación, significancia: p<0.05.

Resultados: Se observó una mayor expresión del transcrito y proteína de Bcl-3 en TU vs no-TU (0,94±0,26 vs 1,21±0,09, p=0.0415; 0,94±0,26 vs 1,21±0,09, p=0.0415, respectivamente), distribuido homogéneamente en ambas áreas observadas. Una mayor expresión de EpCAM fue observada en las células HEPG2 sobre expresadas para Bcl-3 en comparación con células no transfectadas (19,14=25,56 vs 5,1=10,77 p=0.03).

Conclusión: El aumento de la expresión de Bcl-3 en el tejido tumoral hepático y la inducción de EpCAM a travéd de su sobreexpresión sugieren a Bcl-3 como un intermediario en la inducción de pulipotencialidad en HCC. FONDECYT 1181699

External validation of a new telemedicine mobile application addressed to spanish-speaking patients with inflammatory bowel disease: damasco and damasco-doctor

Puga M[1], Sanchez M[2], Chilan A[2], Conlon C[3], Spiazzi R[3], Cerezo J[3], Omonte A[3], Milano C[3], Oleas R[4], Arevalo M[1], Baquerizo J[1], Egas M[1], Cunto D[1], Robles C[1], Pitanga H[1], Iade B[5], Arriola M[5], Rainero G[6],

Meligrana N[6], Valero M[7], Koll L[7], Martinez M[7], Simian D[8], Maulen C[8], Estay C[8], García C[9], Bellido A[10], Ojeda M[10], Azañedo C[11], Marriott E[12], Marriott D[12], Andrade D[13], Espinoza J[13], Vlcek K[14], Garcete J[14], Martin J[15], Faia Y[16]

[1]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador; [2]mdconsgroup, Guayaquil, Ecuador; [3]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina ; [4]John H. Stroger, Jr. Hospital of Cook County, Chicago, Estados Unidos (EEUU); [5]Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), Montevideo, Uruguay; [6]Hospital Universitario Austral (HUA), Pilar, Argentina; [7]Instituto de Gastroenterología y Endoscopía de Avanzada (IGEA), Bahía Blanca, Argentina; [8]Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH), Santiago, Chile; [9], Lima, Perú; [10]Hospital Cayetano Heredia (HCH), Lima, Perú ; [11]Clinica Internacional, Lima, Perú; [12]Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HTMC),, Guayaquil, Ecuador; [13]Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga (HJCA), Cuenca, Ecuador; [14]Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HC-IPS), Asunción, Paraguay; [15]Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Guayaquil, Ecuador; [16]Hospital Universitario Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro, Brasil

Background: Damasco is a telemedicine mobile app for Spanish-speaking's with inflammatory bowel disease (IBD). Its prototype, previously evaluated in a single-centre study, proved to be intuitive and IBD-specific. Some user-patients suggested the participation of healthcare professionals. Damasco is not linked to any hospital. It is free to access. Since June/2023, both Damasco and Damasco-Doctor have been available on iOS and Google Play. Damasco-Doctor is a read-only user for healthcare professionals, to track data from whom follow them.

Aim: To externally validate Damasco through a user-patient acceptance test (UPAT).

Methods: We contacted IBD users-patients through social media (Facebook/WhatsApp), to assess Damasco and its interaction with Damasco-Doctor. Damasco has been developed in JavaScript, with the following functions: medication reminder, stool characteristics, meals photo-documentation, GPS bathroom finder and e-Learning module. Through a link, the user-patients authorize a Damasco-doctor user to track information. The UPAT was performed using the Mobile Application Rating Score (MARS). A Likert (L) 4-5 (very good-excellent) >80% was the reference.

Results:53 surveys were retrieved, 40/53 answered ≥70% MARS: median age 34.5 (32-49), 33/40 women; 11/40 foreign surveyed (27.5%); 23/40 public hospitals (57.5%); 22/40 ulcerative colitis (55%), 17/40 Crohn's disease, 1/40 unclassifiable colitis. There was a higher scoring regarding functionality (L4-5 92.5%), content (89.2%), design (84.2%) and app adherence (66.5%) (Figure 1). Compared to the prototype, there was a significant improvement in the content (76.5%; p<.05) and design (68.7%; p<.05).Damasco was scored with four to five stars by 31/40 (77.5%) and 9/40 (22.5%), respectively. Damasco is a specific IBD app according to 94% of surveyed.

Conclusion: Damasco and Damasco-Doctor are high-acceptance tools among IBD Spanish-speaking users-patients. Joint symptoms and a test reminder (colonoscopy, calprotectin) are pending functions. An update must also improve app adherence. This external validation must be completed on a worldwide scale.

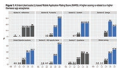


Tabla: Características demográficas y clínicas según grupo de esofagitis según clasificación endoscópica de Los Angeles.

	Esofagitis A N = 47 (43%)	Esofagitis B N = 38 (35%)	Esofagitis C – D N = 25 (22%)	Valor p
Género femenino (n,%)	32 (68)	23 (61)	18 (72)	0.607
Edad (mediana,rango)	54 (21 – 79)	52.5 (27 – 72)	64 (28 – 78)	0.152
IMC (mediana, rango)	27.7 (21.3 – 38.2)	28.7 (16.4 – 37.2)	27.7 (24.7 – 37.9)	0.943
Comorbilidades				
Diabetes	4 (9)	2 (5)	2 (8)	0.818
Hipotiroidismo	11 (23)	4 (11)	6 (24)	0.151
Enfermedad de Chagas	1 (2)	1 (3)	0 (0)	0.730
Cirugía abdominal previa	16 (36)	16 (42)	13 (52)	0.408
Hallazgos endoscópicos				
Esofagitis erosiva	15 (32)	8 (21)	9 (32)	0.482
Hernia hiatal	5 (11)	5 (13)	3 (12)	0.938
Incompetencia cardial	4 (9)	1 (3)	0 (0)	0.200
Esófago de Barret	0 (0)	3 (13)	3 (12)	0.032
Sin reflujo (TEA < 4%)	13 (30)	8 (27)	2 (9)	0.046
Con reflujo (TEA > 6%)	20 (61)	22 (73)	20 (91)	

TEA: Tiempo de Exposición Ácida medido en % 24 horas excluyendo controles.

Resistencia de helicobacter pylori a claritromicina y levofloxacino en niños chilenos entre los años 2010-2023

SERRANO C[1], Campusano Y[2], Cabrera C[2], Mamani N[2], Harris P[1], Alliende F[3], Toledo M[4], Roman G[5], Marchant P[6], Ossa J[7], O´Ryan M[2], Lucero Y[8]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Clínica Alemana-UDD, Santiago, Chile ; [4]Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile; [5]Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile ; [6]Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile; [7]Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile; [8]Universidad de Chile; Clínica Alemana-UDD, Santiago, Chile

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* es altamente prevalente en Latinoamérica y se asocia con enfermedad ulcero-péptica y cáncer gástrico. Su erradicación exitosa con antibióticos es fundamental para la curación de las lesiones y prevenir recurrencias. La tasa de éxito de erradicación de esquemas empíricos es de 60-75%, siendo el principal motivo del fracaso la resistencia a antimicrobianos.

Objetivos: Comparar la evolución temporal de la frecuencia de resistencia a claritromicina (CLA) y levofloxacino (LEVO) en pacientes pediátricos infectados por *H. pylori* de Santiago de Chile en 2 períodos de muestreo.

Método: Se reclutaron pacientes sintomáticos <18 años en distintos centros de salud sometidos a endoscopía digestiva alta en 2 períodos (2010-2015 y 2019-2023). Se obtuvieron biopsias del ángulo gástrico para extracción de ADN desde la cepa aislada y/o biopsia. Para CLA utilizamos la técnica PCR-RFLP para detectar las mutaciones puntuales A2142G y A2143G en el gen 23s rRNA. Para LEVO, se detectaron 8 mutaciones puntuales asociadas a resistencia del gen GyrA mediante ASP-PCR.

Resultados: Analizamos un total de 66 pacientes. La resistencia global a CLA fue 24,2% y a LEVO 71,2%. Al analizar la evolución de las resistencias por periodos, no encontramos diferencias significativas para la resistencia a CLA (2010-2015: 23,5% y 2019-2023: 25,0%, p= 0,9). Por el contrario, para LEVO encontramos una disminución significativa en las tasas de resistencia con el tiempo (2010-2015: 81,8% y 2019-2023: 57,7%, p= 0,04).

Conclusión: La frecuencia de resistencia a CLA es >20% y estable en el tiempo, sugiriendo que este antibiótico no sería la mejor opción de erradicación en nuestros pacientes. Si bien se observó una disminución, la alta tasa de resistencia a LEVO hacen no recomendable el uso de este antibiótico como alternativa de segunda o tercera línea en nuestro medio.

Agradecimientos: Fondecyt regular 1190456, Concurso Investigación Clínica Alemana 2022.

¿Podemos considerar la esofagitis grado b de los ángeles como diagnóstico definitorio de enfermedad por reflujo gastroesofágico?

VON MUHLENBROCK C[1], CARVAJAL R[2], HEVIA M[2], SIMIAN D[2], DEFILIPPI C[2]

[1]Universidad de los andes, santiago, chile; [2]hospital clinico universidad de chile, santiago, chile

Introducción: La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) se define según Consenso de Lyon por tiempo de exposición ácida (TEA) mayor a 6% o por hallazgo endoscópico de Esofagitis grado C o mayor en el estudio endoscópico.

Objetivo: Evaluar si la Esofagitis B de Los Ángeles puede considerarse como diagnóstico definitorio de reflujo en nuestra población.

Método: Se incluyeron pacientes con sospecha de ERGE estudiados con pH o pH impedancia de 24 horas y Endoscopía. Se determinó grado de Esofagitis según clasificación de los Ángeles separándolos en grupo A, B y C/D. Reflujo se definió según consenso de Lyon y se excluyeron indeterminados. Estadística descriptiva; comparación para variables cualitativas con X^2. Variables cuantitativas con Mann-Whitney. Se consideró un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes, mediana de edad 54,5 años (16-82), 73 mujeres (66%), No hubo diferencias en sexo, edad, comorbilidades, ni síntomas reportados por subgrupos. Se observó mayor frecuencia de Esófago de Barrett en Esofagitis B y C/D (12%) en comparación a Esofagitis A (0%), diferencia estadísticamente significativa (p=0,032). El TEA>6% en los subgrupos de Esofagitis A, B y C/D fue 61%, 73% y 91% respectivamente, existiendo diferencia entre A y C/D (p=0,046), pero no entre grupo B y C/D (p=0,112). En pacientes que contaban con impedancia basal nocturna (n=40), la mediana por subgrupo con reflujo fue 1895â,,¦, 1095â,,¦ y 610â,,¦ (p=0,0003) y en aquellos con TEA<4%, fue 2990â,,¦, 1433â,,¦ y 782â,,¦, en los subgrupos A, B y C/D respectivamente (p=0,03).

Conclusión: En nuestra cohorte, el grupo con Esofagitis grado B un 73% tuvo TEA>6% con una IBMN disminuida sin diferencias significativas con el grupo C/D, lo que sugiere que este grupo podría presentar diagnóstico de ERGE.

Sobreposición colestásica: asociación colangitis biliar primaria – colangitis esclerosante primaria. Serie de casos en un hospital universitario

ARONSOHN F, PONIACHIK J, URZÚA Á

Hospital clinico universidad de chile, santiago, chile

Introducción: La sobreposición entre la colangitis biliar primaria (CBP) y la colangitis esclerosante primaria (CEP) es una asociación muy rara y descrita con poca frecuencia en la literatura, existiendo sólo reportes de pocos casos. No existen reportes publicados en Latinoamérica. Su diagnóstico se fundamenta en 2 de los siguientes 3 criterios: colestasia bioquímica, presencia de anticuerpos AMA (anticuerpos anti-antimitocondriales) o anti-gp210 o anti-sp100, y biopsia hepática compatible, asociado a una imagen concordante con estenosis focales de vía biliar intrahepática o biopsia compatible. Conocer su asociación podría ser importante para el seguimiento de estos pacientes, ya que pueden presentar complicaciones relevantes de cribar o una respuesta inadecuada al tratamiento.

Objetivo: Describir los casos de pacientes con síndrome de sobreposición CBP y CEP en un hospital latinoamericano.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Se revisaron las fichas clínicas de pacientes con CBP y CEP atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2021 a 2023. Se incluyó información de laboratorio, imágenes y tratamiento indicado.

Resultados: Se identificaron 8 pacientes con síndrome de sobreposición CBP-CEP; todas de sexo femenino, con alteraciones colestásicas del perfil hepático, anticuerpos tipo AMA/M2-3E positivos y con el hallazgo de una imagen con estenosis focal en la colangioresonancia, compatible con CEP (excepto en un caso, que se clasificó como CEP de ducto pequeño en la biopsia hepática). Todas recibieron terapia con ácido ursodesoxicólico en dosis entre 13 y 15 mg/kg, con buena evolución (Tabla).

Conclusión: La sobreposición entre CBP y CEP es poco frecuente; es probable que

esté subdiagnosticada y quizás se debería estudiar más a menudo a los pacientes con CBP con colangioresonancia. La sobreposición no se asocia con peor respuesta al ursodeoxicolico.

Edad/sexo	Laboratorio			Colangioresonancia	Biopsia	Terapia / Respuesta (año)
	FA/GGT (UI/L)	IgM (mg/dL)	ANA			
66/F	659/670	654	1+1/320 Anti-MIT/c1	Compatible con CEP	No	AUDC 15 mg/kg / Si
65/F	754/442	767	1+1/80	Compatible con CEP	No	AUDC 13 mg/kg / Si
76/F	190/168	75	1+1/160 NUCM 1+1	Compatible con CEP	Concordante con CBP en 2016	AUDC 15 mg/kg / Si
49/F	1501/822	241	ANA-M2/1+1	Normal	Compatible con CEP de ducto pequeño	AUDC 13 mg/kg / Si
45/F	443/111	620	ANA-M2/1+1 NUCM1+1	Compatible con CEP	No	AUDC 15 mg/kg / Si
57/F	664/581	11	ANA-M2/1+1	Compatible con CEP	No	AUDC 15 mg/kg / Si
56/F	240/307	458	ANA-M2/1+1 NUCM 1+1	Compatible con CEP	No	AUDC 13 mg/kg / Si
49/F	319/71	454	1+1/1540	Compatible con CEP	Concordante con CBP 2006	AUDC 15 mg/kg / Si

F: Femenino; CBP: cirrosis biliar primaria, FA: fosfatasas alcalinas, SGOT: gamma glutamiltranspeptidasa, IgM: inmunoglobina M, ANA: anticuerpo antimitocondrial, CEP: colangitis esclerosante primaria, AUDC: ácido ursodeoxicólico
Valores normales de FA: Menor de 120. GGT: Menor de 50.

The role of KCNQ1OT1 in gastric cancer pathogenesis: cerna networks and dna-hypermethylation

Francisco Carvajal[1,2] , Wilda Olivares[1,2], Andrew F.G. Quest[2,3] & Alejandro Corvalan[1,2]

[1]Laboratorio de oncología, Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Advanced Center for Chronic Diseases (ACCDIS), Santiago, Chile; [3]Centro de estudios en Ejercicio, Metabolismo y Cáncer (CEMC), Universidad de Chile

Introduction: Gastric cancer (GC) is a multifactorial disease in which the environment interacts with genetic factors to promote disease development. GC progression is characterized by the Correa cascade, a set of well-defined histological lesions. In the stomach, cellular senescence is induced by H. *pylori*, which promotes a pro-tumoral microenvironment. Our previous work indicated that KCNQ1OT1 is overexpressed in GC and is associated with poorer survival. To date, the role of KCNQ1OT1 in GC remains unclear.

Aims: To characterize the role of KCNQ1OT1 in GC pathogenesis through competing endogenous RNA (ceRNA) networks and DNA-hypermethylation of the Retinoblastoma transcriptional corepressor 1 (RB1) gene.

Methods: Gene expression datasets were downloaded from The Cancer Genome Atlas (TCGA) repositories. To construct ceRNA networks, Diana-Tools software was used. *In vitro,* studies were performed using tumor cell lines (KATOIII, NCI-N87, and HS746t) and normal gastric cells GES1. Transcript expression was measured by RT-PCR.

Results: *In silico* analyses predicted ceRNA networks to exist between KCNQ1OT1 and 10 miRNA and higher DNA-methylation levels of the RB1 gene were observed in tumor samples. *In vitro*, studies show that KCNQ1OT1 expression can be induced by *H. pylori* in GES1 cells. The enhanced expression of KCNQ1OT1 was also observed in cancer cell lines and correlated with the upregulation of RB1 transcripts.

Conclusions: Our results identify KCNQ1OT1 as a novel component of ceRNAs networks that promotes cell proliferation and may thereby contribute to GC progression. Future efforts are required to validate this possibility.

Grant support: Fondecyt-1231773 (AC), Fondecyt-1210644 (AQ), CONICYT-FONDAP-15130011.

Rol del largo no-codificante cdkn2b-as1 en cáncer gástrico asociado al virus epstein-barr

Torres K[1], OLIVARES W[1], Carrasco G[2], Rodriguez A[1], Corvalán A[1]

[1]Laboratorio oncologia/pontificia universidad católica de chile, santiago, chile; [2]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer gástrico (CG) es una enfermedad multifactorial que incluye agentes etiológicos como la infección por el virus de Epstein-Barr (VEB). El CG asociado a VEB (EBVaGC) es un subtipo de CG que representa aproximadamente el 10% de este tumor y una de las características moleculares es la co-expresión específicos de genes humanos y virales. Análisis *in-silico* que realizamos previamente, muestran baja expresión del largo no-codificante CDKN2B-AS1 en EBVaGC. Por otro lado, miR-BART4-5p -específico de VEB- está asociado con resistencia a la apoptosis.

Objetivo: Determinar el papel de CDKN2B-AS1 en EBVaGC a través de RNA endógenos competitivos (ceRNA) miR-BART4-5p y BID.

Materiales y Métodos: Se realizaron experimentos de inhibición de la expresión de CDKN2B-AS1, sobre-expresión de miR-BART4-5p y de luciferasa en líneas celulares de CG. La detección de la proteína BID se determinó por Western-Blot. Expresión endógena de CDKN2B-AS1, BID y miR-BART4-5p se detectó por RT-qPCR en cuatro casos positivos para EBVaGC y cinco negativos. La apoptosis fue detectada por ISH.

Resultados: CDKN2B-AS 1 se expresa en niveles más altos en las líneas celulares NCI-N87 y SNU-1, y en niveles más bajos en AGS y KATO-III. Silenciamiento de CDKN2B-AS1 junto con la sobre-expresión exógena de miR-BART4-5p resultó en la disminución en la expresión de la proteína BID. El ensayo de luciferasa validó la unión entre miRBART4-5p y CDKN2B-AS1. En muestras clínicas EBVaGC se observó expresión de miR-BART4-5p, baja expresión de CDKN2B-AS1 y una disminución significativa en la expresión de BID y caspasa-3 clivada.

Conclusión: Nuestros resultados nos permiten postular que la disminución en la expresión de CDKN2B-AS1 favorecería la unión del microRNA viral miR-BART4-5p sobre el RNA mensajero de BID, a través de ceRNAs. Adicionalmente, estos resultados podrían explicar por qué los EBVaGC positivos tienen menor apoptosis que EBVaGC negativo. Agradecimientos: ANID/FONDECYT/POSTDOCTORADO/3201028; Fondecyt1231773; CONICYT-FONDAP15130011.

Utilidad de nueva métrica en manometrías esofágicas de alta resolución (integral contráctil de la unión gastroeosfágica) en el estudio de pacientes con reflujo gastroeosfágico

VON MUHLENBROCK C[1], CARVAJAL R[2], HEVIA M[2], SIMIAN D[2], DEFILIPPI C[2]

[1]Universidad de los andes, santiago, chile; [2]Hospital clinico universidad de chile, santiago, chile

Introducción: La disfunción de la barrera antirreflujo es uno de los principales mecanismos de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). La integral contráctil de la unión esofagogástrica (EGJ-CI) es una nueva métrica adoptada para evaluar la UEG, sin existir un punto de corte de normalidad universal para ésta. OBJETIVO: Evaluar la EGJ-CI en nuestra población y establecer un punto de corte local.

Metodo: Se incluyeron pacientes con sospecha de ERGE estudiados con Manometría Esofágica (ME) y pH de 24 horas. Se calculó la EGJ-CI según técnica estándar y se definió rango normal usando mediana y rango intercuartílico en el percentil 5 y 95. Se comparó esta medida con otros valores estándar como presión basal media, largo del esfínter y tipo de unión. Reflujo se definió según consenso de Lyon según Tiempo Exposición Ácida (TEA) y se excluyeron indeterminados. Estadística descriptiva; comparación variables cualitativas con X^2. Variables cuantitativas con Mann-Whitney (significancia p<0,05)

Resultados: Se incluyeron 229 pacientes, mediana edad 53 años (16-82), 166 mujeres (72%), El grupo con reflujo (n=123) presentó IMC y edad mayor al grupo sin reflujo, sin diferencias en síntomas. De lo manométrico, tanto presión basal, largo del EII y EGJ-CI fueron menores en el grupo con reflujo versus sin reflujo (tabla). La mediana de EGJ-CI en el grupo de pacientes con reflujo fue de 16 mmHg.cm vs 26mmHg.cm en el grupo con TEA menor 4% (p<0,0001). El rango de normalidad en nuestra población sin reflujo y sin Hernia Hiatal (n=91) para EGJ-CI fue de 4,7-82,4 mmHg.cm (p5-p95).

Conclusión: La EGJ-CI fue significativamente menor en pacientes con ERGE en concordancia con otros parámetros que evalúan función de barrera. El punto de corte en nuestra población local sin reflujo ni hernia hiatal fue 26,5 mmHg.cm (rango p5-p95: 4,7 – 82,4), similar a lo descrito en cohortes internacionales.

Tabla: Diferencias demográficas, clínicas y manométricas en grupos con y sin reflujo gastroesofágico según tiempo de exposición ácida (TEA).

	Sin reflujo < 4 % 106 (46%)	Con reflujo > 4 % 123 (54%)	Valor p
Género femenino (n,%)	86 (81)	80 (65)	0.007
Edad (mediana, min-max)	48 (16 – 78)	58 (21 – 82)	0.0024
IMC	26.6 (16.4 – 36.6)	27.9 (17.2 – 40.1)	0.048
Comorbilidades			
Diabetes	7 (7)	13 (11)	0.289
Hipotiroidismo	26 (24)	26 (21)	0.541
Esclerodermia	0 (0)	2 (2)	0.187
Enfermedad de Chagas	1 (1)	2 (2)	0.651
Cirugía abdominal previa	33 (31)	48 (40)	0.181
Uso de opioides orales	3 (3)	7 (6)	0.306
Riesgos endoscópicos			
Esofagitis erosiva	8 (9)	17 (14)	0.129
Hernia hiatal	32 (31)	16 (13)	0.698
Incompetencia cardial	6 (6)	2 (2)	0.0037
Esófago de Barret	1 (1)	8 (7)	0.031
Unión Esofagogástrica por Manometría			
Presión basal media del EII	20.1 (3 – 61)	12.2 (1.2 – 53)	<0.001
DCI UGE (mmHg x cm)	26.5 (1.2 – 106.2)	16 (0.8 – 96)	<0.001
Tipo de unión GE			
I	80 (76)	47 (38)	<0.001
II	11 (10)	23 (19)	
III	14 (13)	53 (43)	
Largo del EII	3.2 (1.1 – 6)	2.3 (0 – 6)	<0.001

Cuantificación de elastasa fecal en deposiciones, comparación de dos métodos diagnósticos

Covarrubias N, Guiñez D, Miranda J, Hurtado C

Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El test de elastasa 1 pancreática fecal es un estudio de tamizaje de insuficiencia pancreática exocrina (IPE). El método convencional para su análisis es un ELISA manual que requiere personal calificado y de un número mínimo de muestras para su procesamiento. Recientemente un nuevo método de análisis automatizado se encuentra disponible en nuestro medio.

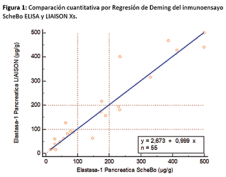
Objetivo: Comparar cuantitativamente el test convencional manual de ELISA para medir elastasa fecal con un test automatizado. Comparar los test según la categorización cualitativa de los resultados.

Método: Estudio analítico, observacional. Se analizaron 55 muestras de deposiciones de pacientes con solicitud de elastasa fecal. Se realizó tanto la técnica ELISA manual ScheBo como el inmunoensayo quimioluminiscente DiaSorin en el equipo LIAISON XS. Los métodos de extracción fueron realizados con pesaje y tubos de extracción, respectivamente. Para la categorización cualitativa de ambos métodos se utilizó los siguientes rangos: normal (>200 µg/g), IPE moderada (100-200 µg/g), IPE severa (<100 µg/g). Para la comparación cuantitativa entre las técnicas se realizó una regresión de Deming.

Resultados: De los 55 resultados analizados, por técnica ELISA se obtuvieron 36 resultados normales, 4 resultados en el rango de IPE moderada y 15 IPE severa, el inmunoensayo realizado en LIAISON XS tuvo un 91% de concordancia (50/55). La regresión de deming muestra que los resultados de ambos métodos son com-

parables a través de todo el rango de cuantificación de la técnica (15-500 µg/g) (Figura 1).

Conclusión: La determinación de la elastasa por el método automatizado tuvo una alta correlación con el método convencional manual. Dentro de las ventajas destaca la rapidez, posibilidad de carga continua, requiere menos manipulación de la muestra incluida la simplificación de la extracción.



Experiencia en terapia biológica a partir de un registro de enfermedades inflamatorias intestinales en un centro terciario

Estay C, Pérez de Arce E, Simian D, Maulén C, Sanga J, Chesta C, Palomoa C

Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

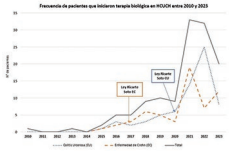
Introducción: La terapia biológica (TB) es fundamental en el manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) moderada a severa. En Chile, la Ley Ricarte Soto permite acceso y cobertura a TB. La monitorización y cumplimiento de las metas es esencial para la toma de decisiones terapéuticas acertadas.

Objetivos: Caracterizar a los pacientes con EII que iniciaron TB, su evolución clínica y ajuste de terapia.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal de pacientes en seguimiento en el Programa de EII del Hospital Clínico Universidad de Chile, en tratamiento con TB. Se analizó un subgrupo de pacientes que iniciaron TB posterior a la implementación del Registro de EII en REDCap® (enero 2022-julio 2023). Se recolectaron variables demográficas, clínicas y de respuesta a TB.

Resultados: En el Registro de EII, 127 (25%) pacientes están con TB y de ellos, 108 (85%) iniciaron su terapia desde la implementación de la Ley Ricarte Soto (Figura 1). A partir de enero 2022 (inicio del Registro EII), se indicó TB en 51 (30 CU y 21 EC), 63% mujeres, mediana de edad de 38 años (rango:19-76) y mediana de duración de enfermedad de 4 años (rango: 0-32). En la fase de inducción, 5 (10%) pacientes tuvieron falla primaria a tratamiento, 22 (43%) respuesta clínica parcial y 24 (47%) remisión clínica. Un 19% de los pacientes inició TB optimizada y en un 27% se hizo ajuste de terapia (en 10 se optimizó y en 4 hubo cambio de fármaco). Durante la mantención 20/32 pacientes (63%) tuvieron pérdida de respuesta secundaria, mediana de 6 meses (rango:3-13 meses) y en el 85% hubo ajuste de terapia.

Conclusión: En nuestra población existe un aumento en los pacientes con EII que acceden a TB durante los últimos 10 años. La monitorización estricta permite ajustes de tratamiento apropiados.



Inteligencia artificial para evaluación en tiempo real de criterios de calidad en colonoscopia

Fluxa F[1], Campos E[2], Pulido K[2], Acevedo C[3]

[1]Clinica Meds, Santiago, Chile; [2]Ialink, Santiago, Chile; [3]Fellow endoscopia programa U de Chile/hp Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

Introduccion: el uso de inteligencia artificial (IA) en colonoscopia, posibilita evaluar diversos parámetros de su práctica diaria. Los actuales sistemas detectan y caracterizan lesiones, sin embargo, no nos permiten conocer si el procedimiento se realizó adecuadamente.

Objetivo: analizar aspectos endoscópicos que nos permitan evaluar y objetivar variables de calidad en colonoscopia.

Material y método: se entrenó un conjunto de algoritmos asociados a un sistema de IA que permita reconocer llegada a ciego e ileon, ingreso a colon (out-in), salida de colon (in-out) y reconocimiento de colon transverso. Se obtuvieron y depuraron 35.826 imágenes, con las que se entrenó arquitecturas de redes neuronales y se utilizaron 3.621 imágenes para cuantificar resultados.

Resultados: el sistema reconoció correctamente Ciego: 93,78%; Transverso: 96,06%; Recto: 85,26%; in-out: 97,07%.

Conclusión: la adecuada identificación de los segmentos señalados permite cuantificar datos relevantes como: LLegada a ciego Tiempos de llegada a ciego, de retiro y de exploración de ascendente Exploración de ileon. El sistema permite retroalimentar en tiempo real al endoscopista sobre el cumplimiento de los criterios de calidad antes de finalizar el estudio, así como dejar un registro objetivo de los parámetros de calidad reconocidos en las guías clínicas

Condiciones que favorecen el engagement en una unidad de endoscopia

Zepeda A[1], Fluxá F[2], Stock R[3]

[1]Zepeda, Santiago, Chile, [2]Clínica Meds, Santiago, Chile, [3]Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción: los desafíos de eficiencia y productividad, para mejorar procesos o resultados no solo son tecnológicos. Se requiere generar condiciones adecuadas para que el grupo humano involucrado sea productivo. Para esto, utilizar el concepto de engagement ha demostrado ser una buena herramienta como respuesta al burnout.

Objetivo: conocer las condiciones que favorecen ono el desarrollo de engagement en unidades de endoscopia.

Material y método: se realizó encuesta Gallup Q12 en dos grupos distintos (hospital público y clínica privada) para conocer las percepciones de sus equipos, frente a las condiciones que favorecen el desarrollo de engagement. Se encuestó a personal de enfermería, tens y médico. La encuesta Gallup Q12 tiene mucha y actual evidencia respecto a su correlación con diversos indicadores productivos. Por ejemplo, una mejora en 58% respecto a incidentes relacionados con seguridad del paciente.

Resultados: se pudo contar con información de 30 personas (11 tens, 8 enfermería y 11 médicos). Se encontró que existen diferencias importantes en las percepciones entre los grupo público y privado respecto del promedio general (75 vs 26%), aunque una alta similitud en cuales son los puntos altos y bajos. Un interesante aspecto a mejorar para cada grupo es dar reconocimiento de forma más frecuente a los miembros del equipo y una gran fortaleza detectada es que, en general, se tiene alta conciencia de lo que se espera de cada uno en el lugar de trabajo.

Conclusión: es posible medir y detectar aspectos a desarrollar en las culturas organizacionales de la muestra considerada. Si bien hay diferencias entre el sector público y privado, los puntos a destacar y mejorar tienden a coincidir

Diferencias en hepatocarcinoma en pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico versus otras etiologías

Simian D, Sanga J, Aronsohn F, Poniachik J

Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) es la causa de hepatocarcinoma (HCC) de más rápido crecimiento en EE.UU y partes de Europa, y se espera que aumente exponencialmente en paralelo con la epidemia mundial de obesidad.

Objetivo: Determinar las diferencias en las características clínicas y del HCC en pacientes con cirrosis por EHGNA vs otras etiologías.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo de pacientes con diagnóstico reciente de HCC presentados en Comité HCC entre marzo 2022–junio 2023 e incluidos en un registro con fines de investigación en REDCap®. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas al HCC al diagnóstico. Los datos de sobrevida fueron obtenidos del Registro nacional. Se usó chi2 para la comparación de grupos, considerando p<0.05 significativo.

Resultados: Durante el período de estudio se presentaron 204 pacientes al Comité HCC, 148 de ellos cumplieron criterios para este estudio; 83 con etiología EHGNA (56%). Al comparar variables sociodemográficas y clínicas en relación con la etiología de la cirrosis, se observó mayor promedio de edad (67 vs 63; p=0,033), menor frecuencia de hombres (53% vs 75%, p=0,05026), menor Child-Pugh (Child-Pugh A 58% vs 44%, p=0,119) y Meld-Na más bajo (10 vs 13, p=0,0008) en los pacientes con etiología EHGNA. No se observaron diferencias significativas en los análisis de laboratorio en el momento del diagnóstico de HCC, ni tampoco en las características del tumor o las terapias recomendadas. La sobrevida fue mayor en el grupo EHGNA, aunque no significativa (81% vs 71%, p=0,157).

Conclusión: El HCC en pacientes con cirrosis por EHGNA se presenta con mayor frecuencia en mujeres, pacientes mayores y con mejor pronóstico global en relación a su cirrosis. No se observaron diferencias en las características tumorales ni en las opciones de tratamiento sugeridas, siendo la terapia locorregional la más indicada (38% del total de pacientes).

Tabla 1. Comparación de variables sociodemográficas y clínicas en relación con la etiología del HCC (EHGNA vs otras etiologías)

	Total N = 148 (%)	EHGNA N = 65 (44%)	Otras etiologías N = 83 (56%)	Valor p
Características HCC				
N° de lesiones (n; %) Única Múltiple	80 (54) 68 (46)	41 (63) 42 (51)	39 (47) 39 (40)	0,199
Tamaño de la lesión mayor (mm) (mediana; RIC)	37 (25 – 51)	37,5 (25 – 47)	37,5 (25 – 55)	0,377
Tamaño de la suma de las lesiones (mm) (mediana; RIC)	49 (28 – 70)	50 (28 – 70)	48,5 (27 – 71)	0,845
Compromiso de la vena porta (n; %)	21 (14)	8 (10)	13 (20)	0,073
Enfermedad extrahepática (n; %)	7 (5)	4 (6)	3 (5)	0,994
Segmentos de tratamiento para el HCC (n; %)				
Terapia locorregional Trasplante hepático Cirugía Terapia sistémica Tratamiento paliativo Seguimiento clínico o imagen	56 (38) 30 (20) 23 (16) 14 (9) 7 (5) 18 (12)	37 (45) 16 (19) 10 (12) 8 (7) 2 (2) 12 (14)	19 (23) 14 (22) 13 (20) 6 (12) 5 (8) 6 (9)	0,056 0,734 0,185 0,295 0,133 0,334
Sobrevida (n; %)				
Mortalidad	95 (54)	16 (19)	19 (29)	0,157

Structure of the commensal microbiota of the stomach evolves during the H. Pylori-associated preneoplastic cascade leading to gastric cancer

Serrano C[1], Pareja C[1], de la Iglesia R[1], Morrow C[2], Pizarro M[1], Latorre G[1], Roa J[1], Corvalan A[1], Riquelme A[1], Smith P[2]

[1]Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile; [2]University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Estados Unidos (EEUU)

Introduction: *H. pylori* infection with non-atrophic gastritis (NAG) is considered the beginning of a distinct histological stage progression to gastric cancer (GC). The role of gastric microbiota in the progression to GC is poorly understood.

Objective: Determine the microbial diversity, composition and associated metabolic pathways at each stage of the progression to GC.

Methods: We obtained gastric antrum biopsies and classified premalignant stages using OLGA score (based on Sydney protocol). Microbiota diversity was determined using 16S rRNA bacterial gene sequencing. Alpha diversity index and compositional structure were determined at each stage, specific bacterial taxa contributions and PICRUSt2 functional analysis were performed.

Results: 98 patients from the PREVECAN cohort were recruited into the study. Alpha diversity (Shannon index) is higher in non-infected subjects regardless of stage displaying an inverse correlation between *H. pylori* abundance and diversity. Bacterial community structure in *H pylori* infection with NAG differed significantly from the structure in normal and non-infected NAG (p=0.004). Further, the microbiota in *H. pylori*-associated NAG differed significantly from that in atrophic gastritis (AG) (p=0.006), gastric intestinal metaplasia (GIM) (p=0.004) and GC (p=0.004). Abundance of *Streptococcus* and *Prevotella* were significantly increased in GA and GIM. GC harbored a distinct profile of bacteria with the presence of *Lactobacillus* and *Limosilactobacillus*. *H. pylori*-positive patients display differences in biosynthesis, degradation and energy metabolism pathways and a specific clade in several GC patients showed variation in co-factor, nucleotide, amino acid and tetrapyrrole biosynthesis pathways.

Conclusions: As *H. pylori* is lost during the premalignant stage progression to GC, the commensal microbiota becomes more diverse and distinct biosynthetic pathways evolve. Specific genera of bacteria are significantly more represented in the different stages suggesting specific profiles associated with GC progression.

Grant support: European Union's Horizon2020 research and innovation program grant 825832, FONDECYT 1230504, FONDAP 15222000, Centro de Prevención del Cáncer (CECAN)

Relacion entre eructos supragastricos y el tiempo de exposicion acida, en pacientes con sospecha de reflujo gastroesofágico patológico, sin historia de eructos.

Vujcic T[1], Fuentes F[2], Mies C[2], Barros S[2], Pacheco N[3]

[1]Clinica Universidad De Los Andes Chile, Santiago, Chile; [2]Universidad De Los Andes Chile, Santiago, Chile; [3]Clinica Universidad De Los Andes, Santiago, Chile

Introducción: Los eructos supragástricos (ESG), corresponde a la aspiración de aire hacia el esófago, la cual es rápidamente expulsada hacia la faringe. La prevalencia estimada de ESG en rango patológico es de un 3.4%. Los ESG, son considerados un trastorno conductual y puede asociarse a un aumento del porcentaje de tiempo de exposición ácida (TEA) a nivel de esófago distal. La pH metría con impedanciometría de 24 horas (pH/Z), permite objetivar la presencia de ESG.

Objetivos: Evaluar la relación, entre ESG aumentados y el porcentaje de TEA, mediante la pH/z de 24 horas, en pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico patológico (ERGEp).

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 104 trazados de pH/Z de 24 horas, solicitados a pacientes con sospecha de ERGEp, entre los años 2017 y 2021. Los pacientes se encontraban sin inhibidor de la bomba de protones (IBP), y no tenían historia clínica de eructos. Se analizó el % TEA y la presencia de ESG aumentados. Un % de TEA > a 6% fue considerado diagnóstico de ERGEp. El diagnóstico de ESG, se realizó cuando se observó un ascenso rápido de la impedancia (>1000 Ω), en dirección distal, seguido por un retorno de la impedancia basal en dirección proximal. Sobre 13 eventos de ESG en 24 horas fue considerado, ESG aumentados.

Resultados: De los 104 trazados analizados, 12.5% tenía ESG aumentados, y 38% de ellos, tuvo un % de TEA en 24 horas >6%. Del grupo sin ESG aumentados (87.4%), 27% tuvo un % de TEA en 24 horas >6%. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el % TEA entre ambos grupos.

Conclusiones: En pacientes con sospecha de ERGEp, sin historia de eructos, el estudio mediante pH/Z de 24 horas, no mostró relación entre ESG aumentados y ERGEp.

Un sistema de inteligencia artificial para predecir resultado en preparación de colon para colonoscopia

Fluxa F[1], Campos E[2], Pulido K[2], Zepeda A[3]

[1]Clinica Meds, Santiago, Chile; [2]Ialink, Santiago, Chile; [3]Zepeda, Santiago, Chile

Introducción: el uso de inteligencia artificial (IA) tiene una amplia aplicación en la vida actual, debiendo ser incorporada por supuesto a nuestra actividad médica en diferentes aplicaciones.

Objetivo: evaluar la eficiencia de un sistema de IA para predecir la preparación del paciente, utilizando la escala de Boston

Material y método: se usó data de 2710 procedimientos de colonoscopia en un mismo centro, preparados con polietilenglicol 2.139 pacientes y con fosfosoda 571. Se registró género, horario del exámen, época del año y el estado de preparación registrado en cada procedimiento (Boston). Mediante un método machine learning del tipo supervisado, se desarrolló un modelo que sea capaz de predecir la escala de Boston a partir de la información previamente obtenida de pacientes y agendamiento.

Resultado: el sistema es capaz de predecir la escala de Boston con un "root mean square error" (RMSE) de 1,01 puntos respecto de la escala de Boston real del procedimiento para el conjunto total de datos, con un RMSEde 1,11 para la preparación de polietilenglicol y 0,65 para fosfosoda.

Conclusión: la IA es muy eficiente para predecir los resultados de una preparación de colon, lo que permite ajustar las preparaciones buscando escalas de Boston ideales para cada caso, evitando malas preparaciones que llevan a pérdida de eficiencia del sistema. La preparación con fosfosoda, tiene mejores índices de predictibilidad que polietilenglicol en este grupo de pacientes. Una mayor certeza se puede conseguir aumentando el universo de datos de entrenamiento y variables que no fueron consideradas en esta etapa

Experiencia clínica enpacientes mayores de 60 años con enfermedad inflamatoria intestinal en la era de la terapia biológica

Lagos I, Carvajal F, Perez De Arce E, Maulen C, Estay C

Hospital Clinico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

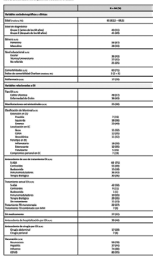
Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) predomina en población joven, sin embargo, una creciente prevalencia en adultos mayores ha llevado a mayor uso de terapia biológica (TB) en este subgrupo.

Objetivos: Describir características clínicas y tratamiento en mayores de 60 años con EII. Comparar pacientes que hicieron la transición a edad avanzada post diagnóstico, con aquellos que debutaron después de los 60 años.

Metodología: Cohorte retrospectiva de la base de datos RedCap EII de nuestro centro. Se realizó análisis descriptivo, y se compararon aquellos pacientes que debutaron antes (Grupo 1) y después de los 60 años (Grupo 2). Estadística: test chi2 y Mann-Whitney, considerando significativo p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes (17% de la cohorte EII). Tabla 1; 48 tenían Colitis Ulcerosa (CU), 36 Enfermedad de Crohn (EC), 43 correspondieron al Grupo 1, y 41 al Grupo 2. El 71% tenía comorbilidades, condicionando polifarmacia en 20%. Las presentaciones más frecuentes fueron CU extensa y EC inflamatorio, sin diferencias entre los grupos en fenotipo, extensión y localización. Del tratamiento actual utilizado: 50% 5-ASA; 15% inmunomoduladores; 35% TB, 59% intensificada, 83% monoterapia. Adalimumab fue la TB más indicada (69%). Once pacientes permanecieron sin tratamiento de la EII, 8 de ellos por remisión mantenida. Hubo 27 EA, predominando infecciones (70%). No hubo diferencias significativas en la terapia ni en EA entre los 2 grupos. El Grupo 1 tuvo más cirugías (20% versus 8%, p = 0,004) y una tendencia a mayor hospitalización (56% versus 36%, p = 0.077) que el Grupo 2. No reportamos mortalidad.

Conclusiones: Un tercio de los mayores de 60 años utiliza TB, principalmente como monoterapia. Los EA infecciosos fueron los más frecuentes. No encontramos mayores diferencias entre los grupos estudiados. Considerar las comorbilidades, inmunizaciones y evitar la inmunosupresión innecesaria, mejoran la seguridad de las terapias en esta población.



Prevalencia de polimorfismo rs2097432 t>c en el gen HLA-DQA1 en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Estay C[1], Chesta C[2], Venegas M[1], Sanga J[1], Palomo M[1], Simian D[1], Pérez de Arce E[1]

[1]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital Clinico Universidad De Chile, Santiago, Chile

Introducción: En nuestro medio, los anticuerpos anti-factor de necrosis tumoral (Anti-TNFα) son ampliamente utilizados en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) moderada a severa. Sin embargo, existe un alto porcentaje (50-70%) de pérdida de respuesta a tratamiento. Hay varios factores que influyen en la pérdida de respuesta, el polimorfismo genético rs2097432 T>C en el gen HLA-DQA1 se ha relacionado con la formación de anticuerpos anti-TNF-α.

Objetivos: Determinar la prevalencia del polimorfismo rs2097432 T>C del gen HLA-DQA1 y describir frecuencia de falla primaria y necesidad de optimización de terapia biológica (TB).

Métodos: Estudio exploratorio en pacientes pertenecientes al Registro de EII (RED-Cap®). Se estudió el polimorfismo rs2097432 HLA-DQA1 mediante PCR-RFLP. El alelo normal T fue comparado con el alelo de riesgo C de acuerdo a un modelo recesivo (TT v/s TC+CC). Se comparó respuesta a tratamiento en base a la presencia de polimorfismo.

Resultados: Se analizaron 63 muestras; 35 (56%) normales TT, 28 (44%) con alelo de riesgo, de los cuales 18 fueron heterocigotos TC y 10 homocigotos CC. 58 pacientes en TB, 52% mujeres, mediana de edad 39 años (rango:18-78) y mediana de duración de enfermedad 2 años (rango: 0-32), Colitis Ulcerosa en 48% y 52% Enfermedad de Crohn. De los factores de mal pronóstico un 43% con compromiso perianal, 50% fenotipo no inflamatorio y 64% colitis extensa. Infliximab fue el fármaco más indicado en un 67% de los pacientes. Ver respuesta a terapia biológica en Figura 1.

Conclusión: En nuestro conocimiento este es el primer estudio nacional de prevalencia de polimorfismo rs2097432 T>C en el gen *HLA-DQA1*. El hallazgo de alelo de riesgo es frecuente (44%), sin embargo, no hubo diferencias en el porcentaje de falla primaria y necesidad de terapia biológica optimizada, por lo que su determinación aislada no permite cambios en la conducta terapéutica.



Caracterización histológica por patólogo experto en pancreatitis autoinmune: desde la pieza quirúrgica a la biopsia por punción

Orellana K[1], Aldas A[1], Mancilla C[1], Muñoz P[1], Toledo P[1], Cisternas I[2], Loyola I[2], Berger Z[2]

[1]Hospital Clinico Universidad De Chile, Santiago, Chile; [2]Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El diagnóstico de pancreatitis autoinmune (PAI) es complejo. La histología es un pilar dentro de los criterios diagnósticos, sin embargo, requiere de un patólogo experto para su análisis e interpretación. La endosonografía (EUS) se ha posicionado como un método seguro para obtener muestra de tejido pancreático.

Objetivo: Describir los hallazgos histológicos de pacientes con PAI, según los criterios diagnósticos ICDC.

Método: Se revisaron fichas clínicas de pacientes con PAI (1997 a 2022) y seleccionando aquellos con biopsia obtenida de pieza quirúrgica o por punción guiada por EUS (FNB/A). Se evaluaron los hallazgos histológicos para PAI tipo 1 y 2, y se catalogaron en nivel 1 o 2 según criterios diagnósticos ICDC.

Resultados: Se revisaron 16 biopsias de 14 pacientes; 9 hombres y 5 mujeres, con una mediana de edad de 48 años (rango 27-76). Un 71% presentó ictericia y 50% dolor abdominal. Las imágenes mostraron compromiso focal en 10 pacientes y difuso en 4.Se obtuvieron 7 por pieza quirúrgica (5 previo a la incorporación de la EUS) y 9 mediante EUS. En 2 pacientes las biopsias por EUS fueron insuficientes. Del análisis histopatológico de 14 muestras se encontró: infiltrado linfoplasmocitario en 13 (93%) y fibrosis en remolino en 8 (66%). Se encontró venulitis obliterativa en 3 (sólo biopsias quirúrgicas) y lesión epitelial granulocítica (GEL) en 2 casos. La inmunohistoquímica para IgG4 fue (+) > 10/HPF en 5 de 8 muestras. Con estos hallazgos se lograron identificar: 7 casos de PAI tipo 1 nivel 1, 1 PAI tipo 1 nivel 2, 2 PAI tipo 2 nivel 1 y PAI indeterminada en 4 biopsias.

Conclusión: Tanto en la biopsia quirúrgica como en la obtenida por EUS-FNB, la evaluación por patólogo experto permite identificar los hallazgos característicos de PAI y contribuir al diagnóstico.

Caracterización de uso del catéter de drenaje peritoneal transitorio para manejo de ascitis en pacientes hospitalizados con cirrosis

Sánchez J, Selman C, Roblero J, Palavecino P, Ramirez D, Urzua A, Cattaneo M, Poniachik J

Hospital Clinico Universidad De Chile, Santiago, Chile

Introducción: La instalación de un catéter peritoneal transitorio en pacientes con ascitis por cirrosis que requieren paracentesis de alto volumen puede facilitar el manejo evitando punciones abdominales repetitivas con bajo riesgo de complicaciones.

Objetivos: Caracterizar los pacientes y la seguridad del uso del catéter peritoneal transitorio en el manejo de la ascitis en pacientes cirróticos hospitalizados.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo entre agosto 2022 a julio 2023 de los catéteres transitorios instalados para el drenaje de ascitis en pacientes cirróticos hospitalizados en Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se recolectaron datos demográficos, relacionados a la etiología de la cirrosis, a la instalación del catéter y el drenaje de la ascitis. Además se evaluaron eventos derivados de su instalación como fístula, sangrado e infección.

Resultados: Se recolectaron datos de 59 casos en 41 pacientes, 25 (60%) mujeres. La etiología de cirrosas más frecuente fue NASH (41%), mediana de MELD 16. En 35 pacientes (59%) se drenaron más de 8 litros, con un número de paracentesis evitadas de 92 en este grupo, la duración fue de una mediana de 9, con máximo de 39 días. Del total de procedimientos, en solo 3 casos se describen complicaciones. El detalle se describe en la tabla 1.

Conclusiones: Se evitaron paracentesis repetidas con catéter peritoneal transitorio en una alto número de pacientes con una baja tasa de complicaciones derivadas de su instalación y uso.

Tabla 1: Caracterizacion En Relacion Al Drenaje De Ascitis

		N = 59	
Duración del catéter en días		9 (1 – 39)	
Cantidad acumulada de ascitis drenada (L)		10 (1 – 79)	
Volumen total de drenaje > 8 litros		35	59,32 %
Volumen total de drenaje > 16 litros		16	27,12 %
Volumen total de drenaje ≥ 24 litros		6	10,17 %
Cantidad de punciones evitadas		92	
Causa instalación de catéter:			
	TIPSS	1	1,69 %
	Biopsia	1	1,69 %
	HCC Ablación	2	3,4 %
	Ascitis	55	93,22 %
Uso de beta bloqueadores al momento de la instalación de catéter		12	20,34 %
Reposición de albúmina al momento de la instalación de catéter		42	71,86 %
Complicación del catéter:			
	Sin complicación	44	94,92 %
	Infección	1	1,69 %
	Fistula	1	1,69 %
	Sangrado	1	1,69 %

The role of infections in patients with alcohol-associated hepatitis in latin america

Díaz L[1], Idalsoaga F[1], Ayares G[1], Arnold J[1], Alcayaga B[1], Maldonado K[2], Ayala M[3], Perez D[3], Gomez J[3], Escarate R[3], Fuentes E[1], Roblero J[4], Simian D[4], Norero B[5], Lazarte R[6], Velarde J[7], Higuera-de-la-Tijera F[8], Córdova J[9], Varela J[10], Mejía S[11], Silva R[12], Melo C[13], Araujo R[14], Pereira G[15], Couto C[16], Bessone F[17], Tanno M[17], Romero G[18], Mendizabal M[19], Marciano S[20], Gomez G[20], Dirchwolf M[21], Montes P[22], Guerra P[23], Ramos G[23], Restrepo J[24], Carrera E[25], Brahmania M[26], Singal A[27], Bataller R[28], Shah V[29], Kamath P[29], Arrese M[1], Arab J[30]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Roosevelt Hospital, Ciudad de Guatemala, Guatemala; [3]Hospital El Pino, Santiago, Chile; [4]Sección Gastroenterología, Santiago, Chile; [5]Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile; [6]Clínica Hospital del Profesor, Santiago, Chile; [7]Hospital Civil Guadalajara, Guadalajara, México; [8]Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Mexico City, México; [9]Hospital General Manuel Gea González, Mexico City, México; [10]Hospital Dublán, Chihuahua, México; [11]Hospital Juárez de México, Mexico City, México; [12]Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto, Sao Paulo, Brasil; [13]Fhaj Fundação Hospital Adriano Jorge, Amazonas, Brasil; [14]Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brasil; [15]Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil; [16]Hospital das Clinicas Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil; [17]Hospital Provincial del Centenario, Santa Fe, Argentina; [18]Hospital de Gastroenterología " Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Buenos Aires, Argentina; [19]Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina; [20]Hospital Italiano Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; [21]Hospital Privado de Rosario, Rosario, Argentina; [22]Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, Bellavista, Perú; [23]Instituto Gastroenterológico Boliviano- Japonés, Cochabamba, Bolivia; [24]Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia; [25]Hospital Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador; [26]Univeristy of Calgary, Calgary, Canadá; [27]University of South Dakota Sanford School of Medicine, Sioux Falls, Estados Unidos (EEUU); [28]Hospital Clinic, Barcelona, España; [29]Mayo Clinic, Rochester, Estados Unidos (EEUU); [30]Western University, London Health Sciences Center, London, Canadá

Background: Patients with severe alcohol-associated hepatitis (AH) are at higher infection risk.

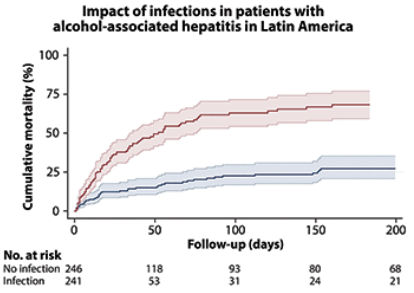
Aims: To assess the impact of infections in patients with AH in a multinational cohort in Latin America.

Methods: Multicenter prospective cohort study including patients with AH between 2015–2022. We recorded clinical data, including infections and antibiotic use. We assessed the impact of infections using competing-risk models.

Results: We included 511 patients from 24 centers in 8 countries (Argentina, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, Mexico, and Peru). The mean age was 50.1±11.9 years, 426 (83.9%) were men, 264 (58.2%) had a previous diagnosis of cirrhosis, and the median MELD at diagnosis was 24.6 [19.6–30.6] points. Out of the total, 25.9% died, and only 3.7% underwent liver transplantation during follow-up. Around 44.5% of patients developed an infection. Of them, 50.9% presented with infection at admission, 30.8% developed an infection during hospitalization, and 18.3% presented an infection in both

situations. The most common localizations at admission were pulmonary (32.4%), urinary tract (33.1%), spontaneous bacterial peritonitis (15.9%), and cutaneous (9.7%). The main localizations during hospitalization were pulmonary (34.4%), urinary tract (25.8%), spontaneous bacterial peritonitis (14.0%), and bacteremia (8.6%%). The incidence of multidrug-resistant (MDR) organisms was 11.2% at admission and 10.3% during hospitalization, while the incidence of extensively drug-resistant (XDR) organisms was 1.4% and 4.7%, respectively. The presence of infection was associated with higher mortality (sub-distribution hazard ratio [sHR] 1.92, 95%CI:1.56–2.37; p<0.001)(Figure). The infections were independently associated with mortality (sHR 1.33, 95%CI:1.02–1.75; p=0.037) in a competing-risk model adjusted by age, sex, MELD, and ACLF.

Conclusions: Infections during an AH episode are frequent and independently associated with mortality inLatin America. However, the incidence of MDR and XDR organisms was lower than in other regions.



Trombosis del eje esplenoportal en pancreatitis aguda grave: Anticoagulación sí o no.

Bausela A, Carhuas M, García A, Cubillas S, Diaz M, Molinillo A, Viveros J, Martinez E

Hospital Universitario de Cruces, Bizkaia, España

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) es una complicación reconocida de la pancreatitis aguda (PA). Con una incidencia del 15%, afecta predominantemente al eje esplenoportal. Hoy día, no existe consenso sobre su manejo, , ya que están descritas recanalizaciones espontáneas y la anticoagulación no está exenta de complicaciones.

Objetivo: Analizar la utilidad y seguridad de la anticoagulación en TVP asociada a PA.

Metodo: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen a PA moderada-grave y grave según Atlanta modificada, de cualquier etiología, con ingreso hospitalario entre 01/01/2018 y el 31/12/2021, que desarrollan TVP.

Resultados: Se revisaron 845 PAs de las cuales se incluyeron 181 pacientes (61.8% varones) con PA moderada-grave (76.3%) y grave (23.7%), con una mediana de edad de 65 años. Se analizaron características basales, etiología, gravedad, complicaciones locales y sistémicas de la PA; entre aquellos pacientes con TVP versus los que no; sin encontrar diferencias significativas. La localización más frecuente de TVP fue la vena esplénica (29.4%), seguida de la vena mesentérica superior (23.5%) y la vena porta (17.6%). Todos los pacientes recibieron tratamiento con heparinas bajo peso molecular seguido de acenocumarol, obteniendo una tasa de recanalización venosa del 52.7%. Asociadas al mismo, se objetivaron 3 complicaciones hemorrágicas no graves (17.6%). Durante el seguimiento, 9 pacientes desarrollaron complicaciones asociadas a la TVP (52.9%), siendo la colateralidad la más frecuente (77.8%).

Conclusiones: El tratamiento anticoagulante resuelve la TVP en la mitad de los pacientes, pero asocia un porcentaje no desdeñable de complicaciones hemorrágicas. No obstante, aquellos pacientes que resuelven la TVP, desarrollan menos complicaciones secundarias en comparación con aquellos que no. Es necesaria la realización de estudios prospectivos que ayuden a esclarecer si debemos anticoagular las TVP en PA; y en el caso de que así fuera, a qué pacientes.

Analisis de costo de pancreatitis aguda moderada - grave y grave

Bausela A, Carhuas M, Garcia A, Cubillas S, Diaz M[1], Molinillo A, Viveros J, Quiñones D, Martinez E

Hospital Universitario Cruces, Bizkaia, España

Antecedentes: La pancreatitis aguda (PA) representa la primera causa de hospitalización en gastroenterología, con incidencia en aumento. Se asocia a alta morbimortalidad, sobre todo si existen datos de gravedad, precisando procedimientos invasivos, hospitalizaciones prolongadas e incluso en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Objetivos: Obtener el consumo de recursos de las PA moderada-graves y graves y sus complicaciones mediante los datos del sistema de información económica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. PA moderada-grave y grave según Atlanta modificada con hospitalización entre el 01/01/2018 y el 31/12/2021.

Resultados: Revisamos 845 PAs, se incluyeron 181 pacientes con PAs moderada-graves y graves (61.8% varones, con mediana de 65 años de edad). La duración media de hospitalización fue de 15 días (mediana=11), alcanzando los 25 días (mediana=18) en aquellos que precisaron ingreso en UCI. Se realizó un análisis de comparación de costes de los episodios de PA según sexo, etiología, gravedad, presencia de trombosis, necesidad de UCI, complicaciones sistémicas y complicaciones locorregionales con necesidad de tratamiento. Se obtuvo un coste medio de 10257€ (mediana=5853€), alcanzando los 36060€ de media (mediana=22284€) en aquellos pacientes con ingreso en UCI. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los costes en las variables analizadas (p=0.001), salvo en sexo y etiología. El 24% presentaron PA grave, requiriendo ingreso en UCI el 11%. 142 pacientes desarrollaron complicaciones sistémicas (76,4%) y 150 pacientes presentaron complicaciones locorregionales (83%), requiriendo tratamiento específico 19 de ellos (12%): 6 endoscópicamente, 6 mediante acceso percutáneo, 3 de forma combinada, y 4 abordaje quirúrgico.

Conclusiones: La PA es una patología frecuente y potencialmente grave que conlleva una importante morbimortalidad y consumo de recursos sanitarios. Aquellas pancreatitis más graves con ingreso en UCI y las que requieren de intervenciones específicas, suponen un mayor coste al sistema sanitario.

Fast poem: serie de casos

Piñeres A

Clinica Vida, Medellin, Colombia

Fast Poem. Serie De Casos

Introducción: La acalasia es un trastorno neurovegetativo de la motilidad esofágica, que tradicionalmente se ha tratado con diferentes procedimientos tales como, dilatación neumática, inyección de toxina botulínica, hasta cirugía tipo miotomía tipo Heller; hasta el año 2008 cuando el doctor Inoue realizó la técnica POEM en humanos, logrando posicionarse cada vez más como tratamiento de primera línea sobre todo en Acalasia tipo II, y mostrando mejores resultados en pacientes a quienes ya se les ha realizado miotomía tipo Heller, con reaparición de síntomas y exámenes diagnósticos alterados

Objetivos: Describir la realización de la cirugía POEM en 7 pacientes durante un día, de los cuales dos fueron realizados con técnica de *Fast POEM*.

Materiales y mètidos: Descriptivo, serie de casos. Variables Evaluadas: • Datos demográficos • Tipo de Acalasia • Antecedentesde tratamiento • Sintomatología: Eckardt score • Ambulatorio, hospitalizados mayores de 65 años • Rx de EED primer día POP (mayores de 65 años). Descripción de la técnica. Ubicacíon: eje de las 5 del reloj (posterior). Mucosectomia corta: menor cantidad de clips. Consturcción del túnel y miotomía simultáneos. Miotomía corta para Acalasia tipo II. Miotomía extensa: segmento esofágico proximal espástico. Se llega a la capa muscular logrando identificar la fibrosis cardial en pacientes con miotomía previa.

Fast POEM: menor tiempo quirúrgico, menos sangrado, menos capnoperitoneo/ capnotórax, menos dolor

Conclusiones: La técnia de FAST POEM es segura, de baja morbilidad y sin mortalidad en el tratamiento de pacientes con Acalasia tipo II y III, ya sea de primera línea o en pacientes con antecedentes de otras opciones de tratamiento, incluyendo la miotomía de Heller

The argentina brief colonoscopy difficulty score (ABCD): validation of a novel and objective estimation tool for colonoscopy difficulty. A national multicentre registry

Valero M[1], Puga M[2], Insausti A[1], Salazar V[1], Koll L[1], Martinez M[1], Gutierrez M[1], Davila D[1], Imhof H[3], Burlando E[3], Rodriguez P[4], Herrera P[4], Silva N[4], Bernardi G[4], Cordoba S[4], Gobelet J[5], Castillo G[5], Daino D[5], Paredes S[6], Rodriguez S[7], Epele J[8], Yañez F[9], Paiz J[10], Merlin M[10], Manzotti L[11], Lopez R[11], Isaguirre J[12], Di Cicco M[12], Ferrero S[12], Promenzio E[13], Bordon K[14], Concha Y[14], Castilla M[14], Alcorta C[15], Ledesma M[15], Quinteros G[15], Santillan G[15], Mattar R[15], Martinez G[16], Zapata J[17]

[1]Instituto de Gastroenterología y Endoscopía de Avanzada (IGEA), Bahía Blanca, Argentina; [2]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador; [3]Grupo MIT, Santa Fe, Argentina; [4]Instituto Modelo de Cardiología Privado S.R.L., Córdoba, Argentina; [5]Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina; [6]Instituto Modelo de Gastroenterología de Formosa, Formosa, Argentina; [7]Instituto Norpatagónico de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva (INGED), Neuquén, Argentina; [8]Clínica San Miguel, Trelew, Argentina; [9]Clínica de Cuyo (CDC), Mendoza, Argentina; [10]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina; [11]Centro de Estudios Digestivos (CED), Mar del Plata, Argentina; [12]Hospital Italiano de Mendoza (HIM), Mendoza, Argentina [13]Instituto Otorrinolaringológico Tandil, Tandil, Argentina; [14]Hospital Regional Río Grande (HRRG), Río Grande, Argentina; [15]Hospital Regional Ramón Carrillo (HRRC), Santiago del Estero, Argentina; [16]Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina [17]Universidad del Salvador (USAL), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Background: A high-quality colonoscopy is essential to avoid unadvertised adenomas. It includes caecal intubation (CI), which can be a challenge. Endoscopists require often progressive manoeuvres: *abdominal compression* (A), *body rotation* (B) or *change of endoscopist* (C). Failure carries to *declined CI* (D). A >10-min caecal intubation time (CIT) is a usual trial endpoint for colonoscopy difficulty, but it does not communicate manoeuvres.

Aim: To estimate the profitability of a novel colonoscopy difficulty score vs >10-min CIT.

Methods: A national, multicentre, cross-section study (May'2022-Jun'2023). Expert endoscopists developed the "*Argentina Brief Colonoscopy Difficulty"* score (ABCD), based on manoeuvres A/B/C; or D as very high difficulty (figure 1). Data was prospectively recovered by 14 centres. ABCD and >10-min CIT were compared through an ordinal regression model and through a binary regression model. Both multivariate models were nested in the participating centres (NCT05422820).

Results: 4511 colonoscopies: 58 yo (IQR 50-68), 53.4% women. ABCD score: 42.7% null, 30.3% low, 11.1% intermediate, 11.9% high and 3.9% very high difficulty. In 18.5% the endoscopist was in training (<400 colonoscopies). Only 8% of very high-difficulty colonoscopies were performed in training (*P*<.001). A second endoscopist was required in 4.6%. A higher ABCD was associated with older age (*P*<.001), female (*P*<.001), lower BMI (*P*<.05), prior declined CI (*P*<.001), screening (*P*<.05), afternoon schedule (*P*<.05), in training (*P*<.001), and poor BBPS (P<.001). A >10-min CIT was associated only with four of the eight previous characteristics and hernia (*P*<.001).

Conclusions: Compared to >10-min CIT, the ABCD demonstrated high profitability in terms of a significant association with characteristics related to colonoscopy difficulty. The ABCD constitutes a quality indicator advisable to communicate in every colonoscopy report.

Figure 1. Argentina Brief Colonoscopy Difficulty score (ABCD).

	A Technical difficulty	B Abdominal compression	C Body rotation	C Change of endoscopist	D Declined cecal intubation
Null	No	No	No	No	No
Low	Effective	No	No	No	No
Intermediate	Partially effective	No	No	No	No
High	Not effective	At least one of both			No
Very high	Not effective	At least one of both			Yes

Introducción: La sarcopenia se ha asociado con resultados adversos después del trasplante hepático (TH). El índice de masa músculo-esquelética (SMI) evaluado mediante tomografía computada abdominal (TCA), es un índice validado para sarcopenia en pacientes cirróticos, poco estudiado en Latinoamérica.

Objetivo: Asociar el SMI con resultados adversos en pacientes sometidos a TH.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva en pacientes trasplantados entre 2014-2022, con TCA disponible 6 meses previo al TH. Se midió el área musculoesquelética a nivel de la tercera vértebra lumbar para el cálculo del SMI. Sarcopenia se definió como SMI<39 cm^2/m^2 en mujeres y <50 cm^2/m^2 en hombres. Se realizó seguimiento durante 1 año. Se utilizó estadística descriptiva y modelos de regresión para asociar sarcopenia con los resultados post TH, ajustado por sexo y MELD-Na.

Resultados: Entre 2014-2022 se trasplantaron 200 pacientes, 71 fueron incluidos en el análisis. El tiempo promedio entre TCA y TH fue 36 días (RIQ 8-68). El 82% tenían sarcopenia; este grupo presentó más pacientes masculinos (57% vs 17%, p=0,023), menor IMC (24 [RIQ: 22-27] vs 28 [RIQ: 26-32], p=0,003) y MELD-Na similar (23.7±6.4 vs 26.5±6.9, p=0,240). Las variables quirúrgicas y complicaciones postoperatorias fueron similares. La mortalidad a 1 año de 21% vs 8% (p=0,440), readmisión a UCI 33% vs 21% (p=0,450), estancia en UCI 10 vs 15 días (p=0,220) e infecciones 58% vs 63% (p=0,750) no tuvieron diferencias significativas entre el grupo con y sin sarcopenia. Después de ajustar por sexo y MELD-Na, la sarcopenia se asoció a mayor estadía en UCI (IRR=2,3, p<0,001) y hospitalaria (1,3 p=0,444).

Conclusión: En esta cohorte, la sarcopenia evaluada mediante SMI fue muy frecuente. Si bien la sarcopenia no aumentó la mortalidad, se asoció a mayor duración de estadía en UCI y hospitalaria.

Sarcopenia evaluada por tomografía computada en pacientes con cirrosis: relación con desenlaces post trasplante

Orellana K, Araya F, Gajardo A, Arevalo G, Lagos I, Cuevas C, Selman C, Urzua A, Poniachik J, Roblero J

Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El drenaje de colecciones peripancreáticas considera el uso de técnicas que aseguren una correcta resolución y una baja tasa de eventos adversos. El drenaje por Endosonografía (EUS) se ha descrito como una alternativa segura y eficaz, considerado actualmente como el método de elección. Existen escasos datos respecto a su eficacia y resultados en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar la tasa de éxito técnico, clínico, seguimiento y eventos adversos asociadas con el drenaje de colecciones peripancreáticas guiadas por EUS.

Métodos: Estudio observacional, de cohorte retrospectiva, de pacientes sometidos a drenaje transmural guiado por endosonografía de colecciones peripancreáticas en el Hospital Clínico UC (Santiago, Chile), entre febrero/2016 y junio/2023. Se incluyeron datos demográficos, clínicos y radiológicos. Se compararon los datos según tipo de colección, tipo de drenaje utilizado, tasa de éxito técnico y clínico, eventos adversos y causal de drenaje.

Resultados: Se analizaron 25 pacientes que se sometieron a drenaje de colección peripancreática bajo EUS, 12 (48%) corresponden a pseudoquiste pancreático (PP) y 13 (52%) a necrosis encapsulada (WON). Éxito técnico de drenaje por EUS en ambos tipos de colecciones fue de 100%. No hubo diferencias significativas entre el tamaño de la colección drenada (p=0.39), evolución del paciente (p=0.59) y éxito clínico (resolución de síntomas o motivo de derivación, p=0.85) según tipo de colección. Entre PP y WON, existen diferencias en el tipo de drenaje utilizado (plástico o metálico, p=0.02), motivo de drenaje de la colección (p=0.02) y la necesidad de re-intervención (p<0.01) (Tabla 1).

Conclusiones: El uso de drenajes transmurales guiados por endosonografía es una alternativa terapéutica efectiva y segura para el manejo de colecciones peripancreáticas en nuestro medio, existiendo diferencias en los tipos de drenaje utilizados según tipo de colección, motivo del drenaje y la necesidad de re-intervención.



Drenaje transmural de colecciones peripancreáticas guiado por endosonografía: revisión de la experiencia y resultados en un hospital universitario chileno

Palma R, Pizarro M, Reyes Placencia D, Aguero C, Espino A, Richter H, Vargas J

Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Indice de haps como predictor de falla organica en pancreatitis aguda en pacientes del instituto de gastroenterologia boliviano japones la Paz-Bolivia, 2019-2021

Vela L

Caja De Salud Cordes, La Paz-Bolivia,

Antecedentes: La pancreatitis aguda es una patología gastrointestinal de alta prevalencia que requiere diagnóstico y tratamiento oportuno. Existen varios sistemas de puntuación sin embargo algunos dan pronostico a las 48 horas y otros tienen parámetros complejos y es poco factible su utilización. El índice de HAPS (Harmless Acute Pancreatitis Score) identifica pancreatitis de curso leve y/o severo y probable desarrollo de fallas orgánicas.

Objetivo: Determinar la utilidad del índice de HAPS para la predicción de fallo orgánico en pacientes con pancreatitis aguda.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes internados por pancreatitis aguda en el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japones La Paz-Bolivia entre enero de 2019 a junio de 2021. A la admisión se determinó puntuación de HAPS por tres parámetros:- ausencia de dolor y defensa abdominal, creatinina sérica de <2 mg/dl y hematocrito de <43 hombres y <39,6 mujeres; se consideró positivo si cumplía uno o mas criterios además se registro variables como Clasificación de Atlanta, SIRS, fallo orgánico transitorio/persistente, ingreso a UTI y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes cuyas características se resumen en la tabla 1. Una puntuación de HAPS > a 2 se asocian a mayor riesgo de desarrollar pancreatitis moderadamente severa según Clasificación de Atlanta y mayor frecuencia de SIRS persistente, fallo hemodinámico, respiratorio y renal persistente así como ingreso a UTI. Image not found or type CONCLUSIÓN: El índice de HAPS es un algoritmo de puntuación simple y sencillo para predecir de forma inicial el curso de la pancreatitis aguda y el desarrollo de fallas orgánicas. Este estudio pone en manifiesto que un puntaje mayor a 2 es predictor de pancreatitis severa y desarrollo de fallos orgánicos, su cálculo puede ser utilizado para una vigilancia estrecha en puntuaciones mayores a 2 y adoptar tratamientos iniciales más agresivos para prevención o restablecimiento de dichos fallos.

Estudio comparativo de drenaje guiado por endosonografía versus drenaje percutáneo por radiología intervencional para el manejo de colecciones intraabdominales postquirúrgicas

Palma R, Pizarro M, Reyes Placencia D, Meneses L, Aguero C, Espino A, Richter H, Vargas J

Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El desarrollo de colecciones intraabdominales postquirúrgicas se asocia con una alta morbimortalidad. Su manejo no quirúrgico incluye el uso de drenajes transmurales guiados por endosonografía (EUS) o drenaje percutáneo por radiología intervencional. Existe escasa información comparativa entre ambas técnicas para abordar estas colecciones.

Objetivos: Evaluar la tasa de éxito técnico, clínico y eventos adversos asociadas con el manejo de colecciones intraabdominales post quirúrgicas mediante drenaje transmural guiado por EUS, comparado a los resultados obtenidos utilizando drenaje percutáneo por radiología intervencional.

Métodos: Estudio observacional, de cohorte retrospectiva, de pacientes sometidos a drenaje transmural guiado por endosonografía y drenaje percutáneo por radiología in-

tervencional (guiado por tomografía computada) de colecciones intraabdominales postquirúrgicas en el Hospital Clínico UC (Santiago, Chile), entre enero/2018 y mayo/2023. Se incluyeron datos demográficos, clínicos y radiológicos. Se compararon los datos según tipo y tamaño de colección, tasa de éxito clínico, evolución y causal de drenaje.

Resultados: Se analizaron en total 27 pacientes con necesidad de manejo de colecciones intraabdominal, donde 13 (48%) se drenaron por EUS y 14 (52%) se drenaron por radiología intervencional. El éxito técnico de drenaje por ambas técnicas en las colecciones fue de 100%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tipos de abordaje y el tipo de colección a tratar (bilioma versus no bilioma, p=0.55), motivo del drenaje (p=0.18), tamaño de colección a drenar (p=0.30), éxito clínico (p=0.37) y evolución del paciente post drenaje (p=0.59). Si bien, existe una tendencia a necesidad de re-intervención mayor en EUS en comparación con radiología intervencional, esta diferencia no es estadísticamente significativa (p=0.06).

Conclusiones*:* El uso de drenajes transmurales guiados por EUS es una alternativa terapéutica eficaz y segura, comparable al abordaje percutáneo por radiología intervencional para el manejo de las colecciones intraabdominales postquirúrgicas.



Next-generation sequencing (ngs) de virus de hepatitis b hbv circulantes en chile en población migrante haitiana y pacientes chilenos: identificación de potenciales mutantes de escape

Uribe J[1], Pino K[1], Vera J[1], Nuñez R[1], López-Lastra M[1], Fuster F[2], Soza A[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago; Chile; [2]Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Introducción: La infección por virus hepatitis B (VHB) presenta distintos genotipos, variantes virales y mutantes de escape (ME) que pueden influir la progresión de la enfermedad y respuesta a la vacunación. La prevalencia y características moleculares del VHB en población migrante haitiana en Chile son poco conocidas.

Objetivo: Describir los genotipos específicos del VHB que infectan población migrante haitiana en Chile y compararla con aislados en población chilena usando secuenciación de genoma completo por *next-generation sequencing* (NGS).

Métodos: 32 sujetos fueron incluidos en este estudio. 8 fueron migrantes haitianos y 24 chilenos. El ADN del VHB fue secuenciado utilizando NGS, con un Phred score promedio > 32 (precisión >99.9%). Los archivos FASTQ sin procesar se clasificaron taxonómicamente utilizando Kraken2, se alinearon con BWA y se detectó variantes con LoFreq. Las variantes se registraron usando SnpEff, y los ME se identificaron usando geno2pheno. La genotipificación, sub-genotipificación y serotipificación fueron realizadas usando geno2pheno, HBVseq, y HBV Serotyper.

Resultados: Los pacientes chilenos fueron principalmente infectados por VHB genotipo F1 (23) y D4 (1). En contraste, la población haitiana migrante presentó infección por genotipo A1 (1), E (1) y F1 (3). Numerosas mutaciones fueron identificadas en preS1, preS2, S, P, X, preC y genes C, siendo algunas de ellas previamente asociadas a ME. En la determinante 'a' (codones 121-147 del gen S), la porción inmunodominante del HBsAg, 50 mutaciones fueron identificadas, presentes tanto en población haitiana como chilena (75%).

Conclusiones: Este estudio revela distintos genotipos de VHB y potenciales ME entre la población migrante haitiana y los pacientes chilenos, importante para entender las dinámicas moleculares de infección por VHB en distintas poblaciones dentro del país. Estos hallazgos sirven como insumo para políticas de salud pública y optimizar las estrategias de vacunación de los grupos marginados, como lo son los haitianos inmigrantes en Chile.



Low negative predictive value of liver steatosis for identifying compensated advanced chronic liver disease: a single-centre transient elastography-based study

Moran L[1], Vallejo V[1], Puga M[2], Marriott D[3], Davila D[1], Valle M[1], Vera E[1], Vega C[1], Jara M[1], Villacis E[1], Carrillo J[1], Gallegos A[1], Arevalo M[3], Buchelli P[4], Carvajal J[5], Oleas R[6], Marriott E[3]

[1]Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), Guayaquil; Ecuador; [2]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador; [3]Universidad de Especialidades Espirtu Santo (UEES); Samborondón, Ecuador [4]Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG); Guayaquil, Ecuador; [5]Universidad Santiago de Chile, Santiago, Chile; [6]John H. Stroger, Jr. Hospital of Cook County, Chicago, Estados Unidos (EEUU)

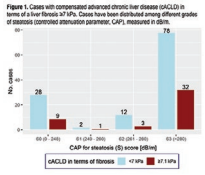
Background: Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) is a significant cause of liver injury. Transient elastography (TE) with controlled attenuation parameter (CAP) is commonly used as a non-invasive modality to quantify liver steatosis (S) and fibrosis. The BAVENO VII emphasises that TE 7-10 kPa patients should be monitored case-by-case for changes indicating compensated advanced chronic liver disease (cACLD).

AIM: To estimate the prognosis accuracy of TE liver steatosis for cACLD in terms of ≥7 kPa.

Methods: Cross-section study in NAFLD patients. Those with a history of significant alcohol intake, viral infection, severe weight loss, or on any hepatotoxic drugs were excluded. Liver steatosis (CAP) and fibrosis [kPa] through FibroScan® TE were correlated using the Pearson coefficient (ρ) and Fisher's exact test. Prognosis accuracy was estimated by sensitivity, specificity, and positive and negative predictive value (PPN and NPV, respectively).

Results: 165 patients, median age 56 years (47-64), 88 females (53.3%), median body mass index (BMI) of 30 kg/m^2 (26-35). Diabetes mellitus in 94 patients (56.4%) and hypertension in 50 (30.3%). Median CAP and liver stiffness of 303 dB/m (264-333) and 5.8 kPa (4.6-7.3), with a ρ=0.101 (95% CI -0.05 to 0.250; p=.195). In patients with S0, S1, S2 and S3, there was liver fibrosis ≥7 kPa in 9/37 (24.3%), 1/3 (33.3%), 3/15 (20%) and 32/110 (29.1%) respectively (p=.8629) (Figure 1). An S2-3 predicts cACLD (≥7 kPa) with a sensitivity, specificity, PPV, and NPV of 25%, 78%, 75% and 28%, respectively.

Conclusions: Liver fibrosis was present even in patients with minimal hepatic steatosis. Liver steatosis has a low NPV to rule out cACLD (≥7 kPa). High liver steatosis is not a prerequisite to developing significant fibrosis. We underscore the importance of regular monitoring and early detection of liver fibrosis, irrespective of the degree of hepatic steatosis.



Estudio de resistencia antimicrobiana en helicobacter pylori basado en pruebas moleculares por secuenciación de siguiente generación en chile

Latorre G[1], Martinez F[1], Silva F[1], Bustamante M[1], Pizarro M[1], Morgan D[2], Riquelme A[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]University of Birmingham Alabama, Alabama, Estados Unidos (EEUU)

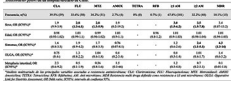
Introducción: Existe una elevada prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* (*Hp*) en Latinoamérica resistencia antimicrobiana es un desafío para su tratamiento. En este contexto, se necesitan estudios locales basados en técnicas moleculares que evalúen la resistencia antimicrobiana.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de resistencia a los principales antimicrobianos utilizados en el tratamiento de la infección por *Hp* en un hospital terciario de Chile.

Métodos: Estudio transversal de adultos que asistieron a una endoscopía digestiva alta con biopsias por protocolo Sydney entre enero-diciembre 2022. Se incluyeron pacientes con *Hp* en las biopsias, sin tratamientos previos. Se realizó una extracción del ADN (procesador Qiagen QIAcube) de las muestras en parafina y una rt-PCR para confirmar la presencia de *Hp* (23s rRNA *Hp*). Mediante el kit PyloriARI (American Molecular Laboratories, Chicago) se realizó secuenciación de siguiente generación de los genes: 23S rRNA, gyrA, 16S rRNA, pbp1, rpoB y rdxA, para evaluar resistencia a claritromicina, fluoroquinolonas, metronidazol, amoxicilina, tetraciclina y rifabutina, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 164 pacientes. Se logró la extracción del ADN de *Hp* en el 91% (n=149) (60% mujeres; media 54 años). El 39.5% (n=59) demostró resistencia a claritromicina, 33.6% (n=50) a fluoroquinolonas, 34.2% (n=51) a metronidazol, 2.7% (n=4) a amoxicilina, 0% a tetraciclina y 0.7% (n=1) a rifabutina. Se observó resistencia a al menos 1 antimicrobiano y resistencia multidroga (3 o más) en el 67.8% (n=101) y 10.1% (n=15). Se observó una mayor resistencia antimicrobiana en pacientes mujeres y sintomáticos (Tabla 1).

Conclusión: Se evidenció una elevada frecuencia de resistencia antimicrobiana en infección por *Hp*, especialmente para claritromicina, fluoroquinolonas y metronidazol. Estos resultados sugieren el uso de cuadriterapias con bismuto o terapia dual en altas dosis como primera línea de tratamiento y considerar la implementación de técnicas diagnósticas para el estudio de resistencia antimicrobiana que permitan guiar los tratamientos.



Evaluación de criterios para miocardiopatía cirrótica de pacientes adultos en lista de espera para trasplante hepático de un hospital público de santiago de chile

Durante M[1], Veloso G[1], Salazar L[1], Aguirre H[1], Lorca C[1], Mancilla B[1], Valenzuela G[1], Mezzano G[2]

[1]Hospital del Salvador, Santiago, Chile; [2]Hospital del Salvador / Universidad de Chile / Centro de Enfermedades Digestivas Clínica Universidad de los Andes., Santiago, Chile

Introducción: La miocardiopatía cirrótica (MCC) esta definida como una disfunción miocárdica crónica en pacientes con cirrosis y ausencia de otra enfermedad cardiaca, es una entidad subclínica y un importante factor pronostico posterior al trasplante hepático. Los criterios diagnósticos para MCC se propusieron en el Congreso de Gastroenterología de Montreal 2005, los cuales han sido actualizados el 2019 por el Consorcio de Miocardiopatía Cirrótica. En Chile, no existen a la fecha cohortes publicadas con los nuevos criterios.

Objetivos: Caracterizar y evaluar la presencia de Miocardiopatía Cirrótica en pacientes en lista de espera para trasplante hepático del Hospital del Salvador (HDS) de Santiago de Chile, con los distintos criterios diagnósticos y como cambia su prevalencia.

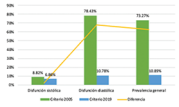
Metodología: Cohorte histórica de pacientes adultos cirróticos en estudio previo a trasplante hepático del HDS. Se incluyeron pacientes con estudio ecocardiográfico y sin enfermedad cardiaca intrínseca. Se realizó análisis descriptivos de variables demográficas y clínicas, MELD-Na, Child Pugh Score (CPS), entre otros. Las variables ecocardiográficas, evaluadas según criterios del 2005 y actuales. El análisis estadístico de datos realizado mediante software (Stata15 y test de McNemar).

Resultados: 102 pacientes cumplieron con criterios de elegibilidad. 52% son hombres y promedian 59 años. El 34% CPS grado C. Un MELD-Na promedio de 18 puntos. Bajo criterios diagnósticos del 2005 se presenta mayor prevalencia general de MCC versus criterios 2019; (73,27% vs 10,89%). Mayor disfunción diastólica en comparación al 2019; 78,43% y 10,78% respectivamente. Asimismo, mayor disfunción sistólica con criterios 2005 en comparación con 2019 (8,82% vs 6,86%).

Conclusiones: La implementación de los actuales criterios representa un cambio estadísticamente significativo en el número de pacientes diagnosticados con MCC. Así mismo, en el número de pacientes diagnosticados con disfunción diastólica. Esta significancia estadística no se representa en diagnóstico de disfunción sistólica. Los resultados expuestos son compatibles a los informados por estudios internacionales.

Prevalencia de Miocardiopatia Cirrótica según criterios 2005 y 2019

Prevalencia	Criterio 2005	Criterio 2019	Diferencias	P- value
Disfunción diastólica	78,43%	10,78%	67,65%	0,000
Disfunción sistólica	8,82%	6,86%	1,96%	0,3173
Prevalencia general	73,27%	10,89%	62,38%	0,000



Scarce existence of public health policies and treatments available on hepatocellular carcinoma worldwide

Díaz L[1], Fuentes E[1], Norero B[2], Corsi O[1], Ayares G[1], Idalsoaga F[1], Pizarro G[2], García S[1], Vázquez V[3], Lacalle L[1], Arnold J[1], Lazo M[4], Ferreccio C[1], Mendizabal M[5], Piñero F[5], Marín J[6], Martinez E[7], Roblero J[8], Dirchwolf M[9], Pollarsky F[10], Guerra P[11], Oliveira C[12], Araujo R[13], Reis M[14], Toro L[15], Restrepo J[16], Maldonado K[17], Sanchez A[17], Ramírez W[18], Infante M[19], Carrera E[20], Sanchez M[21], Chavez N[22], Mendez N[22], Lombardo J[23], Girala M[24], Padilla M[25], Díaz J[26], Tagle M[27], Menendez J[28], Hernandez N[28], Addissie B[29], Ijeoma I[30], Louvet A[31], Piano S[32], Cortez-Pinto H[33], Wong V[34], Kulkarni A[35], Cotter T[36], Brahmania M[37], Dunn W[38], Kamath P[39], Singal A[40], Debes J[41], Reig M[42], Loomba R[43], Bataller R[44], Lazarus J[45], Arrese M[1], Arab J[46]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile; [3]Instituto Tecnológico De Monterrey, Monterrey, México; [4]Drexel University School of Public Health, Philadelphia, Estados Unidos (EEUU); [5]Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina; [6]Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellin, Colombia; [7]Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile; [8]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [9]Hospital Privado de Rosario, Rosario, Argentina; [10]Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina; [11]Instituto Gastroenterológico Boliviano- Japonés, Cochabamba, Bolivia; [12]University of Sao Paulo School of Medicine, Sao Paulo, Brasil; [13]Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brasil; [14]University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil; [15]Hospitales de San Vicente Fundación de Medellín y Rionegro, Medellin, Colombia; [16]Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia; [17]Roosevelt Hospital, Ciudad de Guatemala, Guatemala; [18]Clínica Equilibrium, San José, Costa Rica; [19]Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Havana, Cuba; [20]Hospital Eugenio Espejo, Quito, Filipinas; [21]Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras; [22]National Autonomous University of Mexico, Mexico City, México; [23]Hospital Punta Pacífica, Ciudad de Panamá, Panamá; [24]Universidad Nacional de Asunción, Asuncion, Paraguay; [25]Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima, Perú; [26]Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Es up Salud, Lima, Perú; [27]Clinica Anglo Americana, Lima, Perú; [28]Unidad Bi Institucional Hospital Militar - Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay; [29]Geisinger Medical Center, Danville, Estados Unidos (EEUU); [30]University of Nigeria Nsukka Enugu Campus, Nsukka, Nigeria; [31]Hôpital Claude Huriez, Lille, Francia; [32]University of Padua, Padova, Italia; [33]Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; [34]Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China (República Popular); [35]Asian Institute of Gastroenterology, Hyderabad, India; [36]UT Southwestern Medical Center, Dallas, Estados Unidos (EEUU) [37]Univeristy of Calgary, Calgary, Canadá; [38]University of Kansas Medical Center, Kansas, Estados Unidos (EEUU); [39]Mayo Clinic, Rochester, Estados Unidos (EEUU); [40]University of South Dakota Sanford School of Medicine, Sioux Falls, Estados Unidos (EEUU); [41]University of Minnesota, Minneapolis, Estados Unidos (EEUU); [42]Barcelona Clinic Liver Cancer group, Barcelona, España; [43]University of California at San Diego, San Diego, Estados Unidos (EEUU); [44]Hospital Clinic, Barcelona, España; [45]CUNY Graduate School of Public Health and Health Policy (CUNY SPH), New York, Estados Unidos (EEUU); [46]Western University & London Health Sciences Centre, London, Canadá

Background: Hepatocellularax carcinoma (HCC) is the third most common cause of cancer-related deaths worldwide.

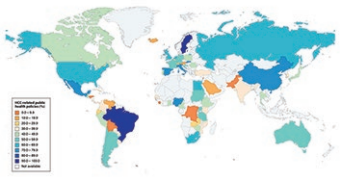
Aims: To explore HCC-related population-wide public health policies (PHP) in terms of prevention, treatment availability, epidemiological surveillance, and awareness campaigns worldwide.

Methods: We conducted a 43-item survey about HCC: policies and civil society (18 questions), clinical guidelines (5 questions), epidemiology (7 questions), and care management (13 questions). The survey was carried out using an electronic form between May 2022 and January 2023. Data was revised by two independent reviewers and verified with governmental institutions, regulatory agencies, scientific societies, and scientific publications. We classified policies into eight dimensions, including criteria for low, moderate, and strong PHP establishment. We estimated an index using multiple correspondence analysis.

Results: We obtained 134 responses from 66 countries/territories (Africa N=16, the Americas N=18, Asia N=10, Europe N=21, and Oceania N=1). The median index was 43.7 [IQR: 30.9–59.3]. The lower scores were observed in Sierra Leone (0), Lebanon (5.5), and Pakistan (5.5), while Italy (79.7), Brazil (94.1), and Sweden (100) obtained the highest scores (Figure). In particular, only 5 (7.6%) had a specific written national strategy or action plan on HCC. Thirty-two (48.5%) countries had national clinical practice guidelines on HCC and 54 (81.8%) had a national disease registry that included HCC. The most common strategies for staging HCC were Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) (85%) and TNM classification (10%). The survey reflects important differences in the availability of treatments, including surgery (98.4%), tyrosine kinase inhibitors (95.1%), chemoembolization (85.2%), radiofrequency or alcohol ablation (82%), immunotherapy plus anti-VEGF (82%), liver transplant (74.2%), stereotactic body radiation therapy (42.6%), and radioembolization (36.4%).

Conclusions: Existence of PHP on HCC is insufficient worldwide. The most common strategy for staging is BCLC, but there are important differences in treatment availability across countries, especially regarding curative therapies.

Strategies on Hepatocellular carcinoma (HCC) worldide



A comparative study of endoscopic-percutaneuos single-session rendezvous vs. Percutaneous transhepatic biliary drainage for complex biliary tract obstruction

Uribe J[1], Latorre G[1], Jaramillo M[1], Martinez F[1], Mariné M[1], Acuña P[1], Silva F[1], Bustamante M[1], Diaz P[2], Richter H[2], Espino A[1], Aguero C[2], Sandoval F[3], Meneses L[2], Vargas J[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital Clínico UC-CHRISTUS, Santiago, Chile; [3]Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

Background: Biliary duct (BD) obstruction poses a significant clinical challenge. Most can be treated endoscopically by ERCP, but some require alternative techniques to achieve effective biliary drainage. Percutaneous trans-hepatic biliary drainage (PTBD) and endoscopic-percutaneous single-session rendezvous (EPRV) have been used as alternative techniques. There are limited evidence comparing the efficacy and safety of these techniques in patients with biliary tract obstruction.

Aim: To compare the efficacy and safety of BD drainage via PTBD as compared to EPRV.

Methods: Retrospective cohort study of patients with complex BD obstruction who underwent BD drainage procedures between 2018-2023 in Hospital Clínico UC-Christus analyzed according to whether PTBD or EPRV was performed. Clinical, laboratory and imaging data, technical and clinical success, adverse events for the analysis.

Results: 85 patients were included (47% female, mean age 61 years old), 72.9% (n=62) underwent PTBD and 27.1% (n=23) received EPRV for BD drainage. The most common cause of biliary obstruction was biliary neoplasia (54%) Baseline patient´s characteristics, technique efficacy and complications are detailed in Table 1. Technical success for BD drainage was higher in patients with PTBD as compared to EPRV (100% vs 91.3%, p=0.019), however there was no difference in clinical success between the two methods (88.7% vs 87%, p=0.824). Sepsis after the procedure was more frequent in patients with PTBD (19.4% vs 0%, p=0.023).

Conclusion: PTBD and EPRV has similar technical and clinical success in the management of patients with complex BD obstruction. Patients with PTBD had higher frequency of sepsis after the procedure. Our results suggest that the EPRV approach should be prefer, when possible, according to biliary anatomy, patients' characteristics and expertise, due to less rate of adverse events.

Baseline patient´s characteristics	Percutaneous trans-hepatic biliary drainage (PTBD) (n=62)	Endoscopic-Percutaneous Rendezvous (n=23)	p value†
Age, median [IQR]	66 (58-74)	48 (35-66)	**0.0003**
Smoking, n [%]	6 (9.7%)	3 (13%)	0.654
Alcohol consumption, n [%]	15 (24.2%)	3 (13%)	0.264
Diabetes mellitus, n [%]	13 (30%)	3 (13%)	0.406
Cirrosis n [%]	14 (22.6%)	6 (26.1%)	0.735
Hypertension n [%]	27 (43.6%)	8 (34.8%)	0.466
Gastric cancer, n [%]	5 (8.1%)	0 (0%)	0.160
Colorrectal cancer, n [%]	9 (14.5%)	0 (0%)	0.053
Familiar colorrectal cancer history, n [%]	4 (6.5%)	0 (0%)	0.212
Efficacy			
Technical success, n [%]	62 (100%)	21 (91.3%)	**0.019**
Clinical success, n [%]	55 (88.7%)	20 (87%)	0.824
Complications			
All complications, n [%]	15 (24.2%)	2 (8.7%)	0.113
Bleeding, n [%]	2 (3.2%)	1 (4.4%)	0.803
Perforation, n [95%]	0 (0%)	1 (4.4%)	0.099
Sepsis after procedure, n [95%]	12 (19.4%)	0 (0%)	**0.023**

† Chi square for categorical variables and Mann-Whitney for numerical variables

Table 1. Baseline patient´s characteristics, technique efficacy and complications analyzed whether percutaneous drainage or rendezvous was performed.

Transient elastography (TE) screening for liver fibrosis determination in patients with obesity and diabetes mellitus: Results from a single-centre cross-sectional study

Moran L[1]; Vallejo V[1]; Puga M[2]; Marriott D[3]; Villacis E[1]; Garzon M[1]; Teran Z[1]; Vera E[1]; Yepez S[1]; Romero L[1]; Carrillo J[1]; Lopez J[1]; Oleas R[4]; Arevalo M[3]; Buchelli P[5]; Carvajal J[6]; Cartagena M[7]; Marriott E[3]

[1]Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), Guayaquil, Ecuador; [2]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador; [3]Universidad de Especialidades Espirtu Santo (UEES), Guayaquil, Ecuador; [4]John H. Stroger, Jr. Hospital of Cook County, Chicago, Estados Unidos (EEUU); [5]Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Guayaquil, Ecuador; [6]Universidad Santiago de Chile, Santiago, Chile; [7]Hospital El Carmen, Santiago, Chile

Background: Liver fibrosis (LF) is the replacement of normal liver tissue by fibrotic tissue. Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and nonalcoholic steatohepatitis (NASH) play a role in the LF pathway. Evolution is silent, leading to a late diagnosis. Transient elastography (TE) screening in obesity and diabetes mellitus (DM) is key for early LF identification.

Aim: To determine the grade of LF in patients with obesity and DM.

Methods: Observational, cross-sectional prospective-collecting study (Dec/2021-Jun/2022). We excluded patients with several alcohol intake, viral hepatitis, autoimmune hepatitis, haemochromatosis or biliary disease. LF in terms of liver stiffness was assessed with TE, based on METAVIR score: F0 and F1, LF absence; F2, F3, and F4, LF. Body mass index (BMI) determined obesity, and clinical records determined DM.

Results: 303 patients, mean age 55.3 ± 12.9 years, 53.3% female, BMI 31.4 ± 6.4 kg/m^2, 56% DM. There was a significant association among DM and F2 (68.5%) and F3 (72%), compared with F0-1 and F4 (P=.05). The frequency of different grades of obesity seems to be similar among METAVIR scores (**table 1**).

Conclusions: TE screening in patients with DM let to identify an important frequency of F2 and F3 patients. It is necessary to perform population-based prospective studies to confirm this findings.

Table 1. Obesity and DM by METAVIR score.

	Total (n = 303)	F0-1 (n = 216)	F2 (n = 54)	F3 (n = 25)	F4 (n = 8)	P-value
Obesity (n = 180; 59.4%)						.173
Normal	41 (13.5)	32 (14.8)	7 (13.0)	-	2 (25.0)	
Overweight	82 (27.1)	62 (28.7)	13 (24.1)	7 (28.0)	-	
Obesity-I	84 (27.7)	57 (26.4)	20 (37.0)	7 (28.0)	-	
Obesity-II	47 (15.5)	34 (15.7)	7 (13.0)	4 (16.0)	2 (25.0)	
Obesity-III	49 (16.2)	31 (14.4)	7 (13.0)	7 (28.0)	4 (50.0)	
DM (n = 170; 56.1%)	170 (56.1)	113 (52.3)	37 (68.5)	18 (72.0)	2 (25.0)	.05

Epidemiological characterization of acute pancreatitis attendance at a tertiary academic hospital: A five-year historic cohort study

Salgado P[1], Puga M[2], Castells J[3], Gallegos A[1], Alcivar M[1], Serrano A[1], Aynaguano L[1], Guaranda M[1], Marriott D[4], Teran Z[1], Vera E[1], Jara M[1], Yepez S[1], Carrillo J[1], Vega C[1], Oleas R[5], Arevalo M[4], Buchelli P[3], Carvajal J[6], Cartagena M[7], Marriott E[4]

[1]Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), Guayaquil, Ecuador; [2]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador; [3]Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Guayaquil, Ecuador; [4]Universidad de Especialidades Espíritu Santo (UEES), Guayaquil, Ecuador; [5]John H. Stroger, Jr. Hospital of Cook County, Chicago, Estados Unidos (EEUU); [6]Universidad Santiago de Chile, Santiago, Chile; [7]Hospital El Carmen, Santiago, Chile

Background: Hospitalisation and endoscopic resources are necessary to achieve the best management in acute pancreatitis (AP) patients. A better comprehension of AP epidemiology per institution contributes to healthcare resource planning.

Aim: To characterise AP epidemiology at a tertiary hospital in terms of aetiology, severity, management, hospitalisation length, complications, and mortality rate.

Methods: Historic cohort study between Jan'2013 to Apr'2018. The following data was recovered from the electronic records: demographics, AP aetiology and severity, endoscopic ultrasound (EUS) diagnosis, requirement of parenteral nutrition (PN), endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), hospitalisation length, complications and mortality rate.

Results: 532 patients, mean age 53.0 ± 20.1 years old, 284 women (53.4%), 61 cholecystectomy (11.5%). AP aetiology was biliary (382; 71.9%), post-ERCP (59; 11%), alcohol-related (48; 9%), cancer-related (28; 5.3%), drug-related (1; 0.2%), autoimmune pancreatitis (1; 0.2%), and idiopathic (13; 2.4%). According to Marshall, BISAP, Ranson score, and Balthazar grade, 6%, 6%, 5.5%, and 3.6% were at high-risk mortality, respectively. EUS was required in 260 (48.9%). Oral feeding was successfully restarted within the first five days post-AP onset in 428 (80.5%), but 81 required PN (15.2%). ERCP was performed in 400 (75.2%), without ERCP-related complications in 399 (99.7%). One patient presented post-ERCP pancreatitis (0.3%). There were 402/471 non-cholecystectomy patients addressed to post-ERCP cholecystectomy (85.4%). The median hospitalisation length was two days. Early local complications were identified in 45 (8.5%): 40 acute peripancreatic free collections and five acute necrotic collections. Late local complications were identified in 18 (3.4%): seven pseudocysts and eleven walled-off necrosis. The mortality rate was 1/532 (0.2%).

Conclusions: In general, high-risk mortality patients remain low. EUS and ERCP played an important diagnostic and therapeutic role. There was a few PN requirement and hospitalisation length. Around 1 per 10 patients presented local complications. This data helps plan improvement on institutional strategies to optimise outcomes.

Diagnosis of gastric premalignant conditions according to age and symptoms: Results from a chilean cohort study

Silva F[1], Bustamante M[1], Latorre G[1], Dukes E[1], Uribe J[1], Reyes D[1], Gupta R[2], Vargas J[1], Gonzalez R[1], Corvalán A[1], Candia R[1], Espino A[1], Shah S[2], Riquelme A[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]University of California, San Diego, California, Estados Unidos (EEUU)

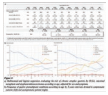
Background: Gastric adenocarcinoma(GA) is preceded by premalignant conditions(PMC) such as chronic atrophic gastritis(CAG) and intestinal metaplasia(IM). Chilean guidelines recommend performing esophagogastroduodenoscopy(EGD) for gastric cancer screening in symptomatic patients over 40 years. There is limited data regarding age and symptoms distribution of gastric PMC.

Aim: To describe the distribution of gastric PMC based on age and gastrointestinal symptoms in patients presenting for EGD at a Chilean university hospital.

Methods: Cross-sectional analysis of patients enrolled in the ECHOS cohort, which includes adult patients who underwent EGD with mapping gastric biopsies following Sydney protocol at UC-Christus healthcare system between 2015-2021. Patients with prior gastric malignancies or gastrectomy were excluded. Logistic and multinomial regressions were performed to analyze frequency of CAG by OLGA(*Operative Link for Gastritis Assessment*) score, IM and dysplasia/GA, according to age intervals, adjusted for age and symptoms.

Results: 7,701 patients were included(63% female, mean age 54.2 years, *Hp* 33.5%), 51.3%(n=3,953) had gastrointestinal symptoms(i.e. dyspepsia, gastroesophageal reflux symptoms, anemia) and 48.7%(n=3,748) presented without symptoms for a true screening EGD. Overall, OLGAIII/IV was found in 8.35%(n=636), IM 27.1%(n=2,088), incomplete-type IM 15.4%(n=1,189) and dysplasia/GA 0.9%(n=67). Frequency of gastric PMC by age and symptoms are detailed in Figure 1. No significant differences were observed in frequency of *H. pylori* infection(p=0.14), PMC(p=0.68) and OLGA stage(p=0.47) between symptomatic *vs.* asymptomatic patients. A significant and progressive increase in OLGAIII/IV and IM diagnosis was observed after 40 years-old(p<0.001) and dysplasia/GA after 50 years-old(p<0.001) (Figure 1).

Conclusion: Initiating gastric cancer screening in the Chilean population from the age of 40 appears to be a suitable approach. However, selecting patients based on gastrointestinal symptoms is not an appropriate risk stratification method based on the results presented here.



Variables manometricas como predictoras de severidad en incontinencia fecal

Hevia M, Defilippi C

Hospital Clinico Universidad De Chile, Santiago, Chile

Introducción: La incontinencia fecal (IF) es la pérdida involuntaria de deposiciones. Ocurre en un 4-16% de la población, más frecuente en mujeres y edades avanzadas. Impacta considerablemente la calidad de vida de los pacientes. La utilidad de los test de función anorrectal, incluida la manometría anorrectal (MAR), aún se encuentran en discusión.

Objetivos: Evaluar la relación entre las variables manométricas anorrectales y la severidad de la incontinencia fecal medida por escala de Wexner.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes referidos a MAR3D con diágnostico de IF desde Enero/2019 a Junio/2023. IF se midió con escala de Wexner (leve <9, moderada/severa >9). Para la comparación de grupo se usó chi2 y correlación de Spearman (p<0,05 estadísticamente significativo).

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, 65 mujeres (79%), mediana de edad 64 años (57–71). Los pacientes con IF moderada/severa tienen una mediana de edad mayor que el grupo con IF leve (65 vs 59 años, p=0,02), sin diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables sociodemográficas-clínicas (sexo, embarazos, macrosomía, fórceps, cirugía rectoanal previa). El grupo con IF moderada/severa tiene un volumen mayor en la segunda sensación (test de sensibilidad rectal)(p=0,014), sin diferencias significativas del resto de las variables manométricas; presiones máximas (Pmax) y medias (Pmed) del esfínter anal externo (EAE) e interno (EAI), duración de la contracción sostenida, primera y tercera sensación, sospecha de lesión esfinteriana o prolapso. Tampoco según el tipo de dissinergia o alteración de la sensibilidad rectal. En la correlación de Spearman entre PmaxEAE y PmedEAE y escala de Wexner, se observa una correlación negativa débil, estadísticamente significativa (r =-0,255, p=0,020) y (r =-0,271, p=0,013), respectivamente.

Conclusiones: La edad, presiones del EAE, máxima y media y la alteración de la segunda sensación rectal podrían ser predictoras de la severidad de IF.

Quimioembolización transarterial (TACE) fallida en pacientes con carcinoma hepatocelular (chc) tratados en el hospital clinico de la universidad de chile: Incidencia y factores de riesgo.

Iracheta A, Poniachik J, Smith P, Palavecino P, Franz G, Martinez N, Cermenati T

Hospital Clínico Universidad De Chile, Santiago, Chile

El CHC aumenta de forma progresiva, principalmente la etiología MAFLD (enfermedad del hígado graso asociada con el metabolismo). En Chile, la MAFLD es la causa más prevalente de enfermedad hepática crónica y CHC. El estado intermedio (BCLC-B) es más frecuente, siendo la TACE el tratamiento de elección en esta etapa. La tasa de control local de la TACE oscila entre el 57 y 80. Estudios recientes en Asia, donde la etiología viral es prevalente, se destaca el impacto negativo de la DM-2 y la insulinoterapia como factores de riesgo para el fracaso de la TACE. Debido a las características de nuestros pacientes con CHC, decidimos revisar los registros de las TACE en los últimos 3 años con el objetivo de identificar la incidencia, manifestación y factores de riesgo involucrados en la falla de este procedimiento, que se define como progresión intratable (PI).

Métodos: Del registro de las TACE realizadas en los últimos 3 años por el equipo de radiología internacional. Según la definición de PI, se consideró falla de la TACE en una de las siguientes situaciones: falta de respuesta objetiva después de dos tratamientos, presencia de progresión; presencia de deterioro en la función hepática que contraindica una nueva TACE.Resultados: Un total de 132 registros de pacientes de ambos géneros y con edades entre los 41 y 83 años. Después de excluir los tratamientos como: radiofrecuencia, microondas, alcoholización y resección quirúrgica. De 46 procedimientos, la falla de la TACE ocurrió 18 pacientes (39%), 13 pacientes con etiología MAFLD, todos con DM-2 y 7 con insulinoterapia.

Conclusión: A pesar del número pequeño de pacientes, se concluye que la etiología MAFDL y presencia de DM-2 e insulinoterapia son factores de riesgo para predecir un fallo de la TACE, el porcentaje de éxito se mantiene dentro de los porcentajes descritos.

Clinical and epidemiological characterization of inflammatory bowel disease: state of the art from an ecuadorian tertiary hospital

Gallegos A[1], Vallejo V[1], Puga M[2], Marriott D[3], Davila D[1], Vera E[1], Jara M[1], Vega C[1], Alcivar M[1], Castells J[4], Carvajal J[5], Cartagena M[6], Oleas R[7], Buchelli P[4], Arevalo M[3], Marriott E[3]

[1]Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), Guayaquil, Ecuador; [2]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador; [3]Universidad de Especialidades Espiritu Santo (UEES), Guayaquil, Ecuador; [4]Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Guayaquil, Ecuador; [5]Universidad Santiago de Chile, Santiago, Chile; [6]Hospital El Carmen, Santiago, Chile; [7]John H. Stroger, Jr. Hospital of Cook County, Chicago, Estados Unidos (EEUU)

Background: The epidemiology of inflammatory bowel disease (IBD) goes through emergence, incidence acceleration, compounding prevalence, to prevalence equilibrium. Latin America is between the second and third stages. Epidemiological reports in this region are scarce and contradictory regarding the ratio between ulcerative colitis (UC) vs. Crohn's disease (CD), severity at onset, or disease distribution.

Aim: To better describe IBD demography, clinical onset, management and outcomes at a tertiary hospital database.

Methods: Observational study consisted of a consecutive registry of IBD patients ≥15 years (2007 – 2022).

Results: 87 patients: 38 (43.7%) women, 64 (73.6%) UC and 23 (26.4%) CD; 2.8 UC/CD ratio. Age at diagnosis was <16 in 5 (5.7%), 16-40 in 45 (51.7%) and >40 in 37 (42.5%). Six came from Paediatrics (6.9%). Severity at debut was mild in 13 (14.9%), moderate in 52 (59.8%) and severe in 22 (25.3%). The median delay to diagnosis was 12 months. CU was proctocolitis in 14/64 (21.8%), left-sided colitis in 17/64 (26.5%), and pancolitis in 33/64 (51.5%). CD were ileal in 6/23 (26%), colonic in 6/23 and ileocolonic in 11/23 (47.8%); 3/23 were colonic and extra-ileocolonic (L1+L4). CD behaviour was inflammatory in 8/23 (34.7%), stricturing in 7/23 (30.4%) and penetrating in 8/23. There were rheumatologic manifestations in 6 IBD patients (6.9%). Surgery was required in 20 (23%). Biologics were necessary in 48 (55.2%): 40/48 infliximab, 11/48 adalimumab and 1/48 vedolizumab. To date, 63 are in remission (72.4%): 37/63 asymptomatic and 26/63 without endoscopic activity. Along with treatment, 16/87 became steroid-dependent (18.4%). The median follow-up was 3 years.

Conclusions: In comparison with other Latin American locations, a lower UC/CD ratio has been observed, with higher pancolitis (UC) and ileocolonic localisation (CD). Biologics plays a key role in treatment. Keeping updated registries is substantial to improve the IBD quality of healthcare.

Bone mineral disease in patients with chronic atrophic gastritis: A case control study

Uribe J[1], Fuentes I[1], Martinez F[1], Silva F[1], Bustamante M[1], Lustig N[1], Maquilón S[1], Vargas J[1], Espino A[1], Riquelme A[1], Shah S[2], Florenzano P[1], Latorre G[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]University of California, San Diego, California, Estados Unidos (EEUU)

Background: Chronic atrophic gastritis (CAG) is a progressive inflammatory condition of the gastric mucosa, caused by *Helicobacter pylori* (*Hp*) infection and autoimmune gastritis (AIG), which is characterized by atrophy due to the loss of gastric glandular cells. Parietal cell atrophy leads to hypochlorhydria or achlorhydria. Through this mechanism CAG may lead to impaired absorption of calcium and vitamin-D, potentially leading to decrease bone density (DBD).

Aim: Investigate and compare the frequency of DBD in patients with CAG (cases) of any origin, contrasted with healthy controls without CAG (Operative Link for Gastritis-Assessment (OLGA) stage 0).

Methods: Case-control study to compare DBD in patients with CAG (cases) to patients with OLGA 0 (controls). Cases included either *Hp*-related CAG or AIG. Adult patients with availability of dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) scans and esophagogastroduodenoscopy with gastric biopsies by Sydney protocol were included. The primary outcome was DBD as defined by osteopenia (T-score–2.5 to -1) and osteoporosis (T-score<-2.5). We performed logistic regression adjusted for age and sex to quantify the association between DBD.

Results: 139 patients were included. The CAG group comprised 74 patients (97% female; mean age 66 years-old), 44 of whom (59%) had *Hp* infection and 41% (n=30) AIG. Sixty-five patients were OLGA 0 (control group) (95% female; mean age 66 years-old). Mineral density, T-score and Z-score by group are described in Table 1. Logistic-regression revealed that DBD was more commonly in patients over 50 years-old with CAG contrasted to OLGA 0 patients (Odds-Ratio2.3;95%CI:1.02-4.9). No significant differences were observed among *Hp* related CAG and AIG.

Conclusion: DBD was more common in patients with CAG of any origin, particularly in patients over 50 years-old. These results emphasize the importance of early screening and management of bone health in patients with CAG to mitigate potential complications associated with impaired bone mass.

Table 1. Clinical characteristics and bone mineral disease among patients over 50 years with and without chronic atrophic gastritis.

	Cases		Controls
	Hp related CAG n = 44	AIG n = 30	OLGA 0 n = 65
Age, mean (95%CI)	69 (67-71)	66 (63-69)	66 (64-68)
Female, n (%)	42 (95)	30 (100)	62 (95)
OLGA			
OLGA 0	0 (0)	0 (0)	65 (100)
OLGA I-II	17 (39)	29 (97)	0 (0)
OLGA III-IV	27 (61)	1 (3)	0 (0)
Osteopenia, n (%)	28 (64)	20 (67)	32 (49)
Osteoporosis, n (%)	9 (20)	4 (13)	12 (18)
Decrease bone density *, n (%)	37 (84)	24 (80)	44 (67)
DEXA, median (IQR)			
Lumbar mineral density	1.012 (0.917-1.113)	1.061 (0.946-1.179)	1.049 (0.949-1.127)
Lumbar T score	-1.45 (-2.25 to -0.65)	-1.05 (-1.9 to 0)	-1.1 (-2 to -0.6)
Lumbar Z score	-0.2 (-0.85 to 0.6)	0.4 (-0.5 to 0.9)	-0.3 (-0.9 to 0.6)
Hip mineral density	0.831 (0.761-0.873)	0.849 (0.803-0.949)	0.877 (0.801-0.932)
Hip T score	-1.5 (-1.95 to -1.2)	-1.25 (-1.7 to -0.6)	-1.1 (-1.7 to -0.8)
Hip Z score	-0.15 (-0.6 to 0.3)	0.15 (-0.4 to 0.5)	0 (-0.4 to 0.5)

*Primary outcome defined as the combination of osteopenia or osteoporosis; Hp: Helicobacter pylori; CAG: Chronic atrophic gastritis; AIG: Autoimmune gastritis; OLGA: Operative Link for Gastritis Assessment; CI: Confidence interval; DEXA: dual-energy X-ray absorptiometry; IQR: Interquartile range.

Evaluación de factores clínico-patológicos asociados para el reingreso a los 30 días y la indicación de cpre en mujeres mayores de 50 años colecistectomizadas: un estudio de cohorte retrospectiva de chile bils

Garcia N[1], Van De Wyngard2 V[2], Rivadeneira J[1], Alvarez E[1], Otzen T[1]

[1]Universidad De La Frontera, Temuco, Chile; [2]Escuela De Medicina, Pontifica Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile

Introducción: Chile presenta la tercera prevalencia más alta de cáncer de vesícula en el continente americano, siendo las mujeres chilenas las que presentan la prevalencia más alta. Los cálculos biliares son la causa más común de pancreatitis aguda a nivel mundial.

Objetivos: Asociar los factores de riesgo relacionados con la incidencia de reingreso a los 30 días y analizar las indicaciones de CPRE en mujeres colecistectomizadas de Chile BiLS.

Métodos: Se evaluaron los datos demográficos de las pacientes CPRE en mujeres participantes de la cohorte de Chile BiLS, mediante la revisión de la ficha de información, cuestionario epidemiológico (más de 650 ítems), historial médico, síntomas gastrointestinales (amilasa), nota quirúrgica y los resultados posoperatorios. Se analizaron los factores de riesgo asociados a reingreso a los 30 días y la indicación de CPRE. Los factores intraoperatorios analizados fueron cirugía de emergencia, colangiografía intraoperatoria, exploración del conducto común o CPRE. Las variables durante el perioperatorios que incluyeron el tiempo operatorio total, duración de la estancia hospitalaria (días), seguimiento a los 30 días de readmisión, 30 días de reintervención, diagnóstico de readmisión y complicaciones.

Resultados: Entre el periodo del primero de marzo de 2018 -30 de abril de 2021, se realizaron en total 1,201 cirugías endoscópicas de diferentes comunas: Pucón, Nueva Imperial, Padre De Las Casas, Teodoro Schmid, Temuco, Melipeuco, Villarica, Gorbea, Freire, Puerto Saavedra, Cunco, Loncoche, Curarrehue, Ercilla, Toltén, Chile.

Conclusiones: La CPRE, es un procedimiento médico que se utiliza para diagnosticar y tratar trastornos del sistema biliar y el páncreas. En cuanto a los factores de riesgo específicos para mujeres en relación con la CPRE, algunos de los factores generales que pueden aumentar el riesgo de complicaciones incluyen: enfermedades cardiovasculares, antecedentes de EPOC, trastornos de la coagulación existentes, enfermedades hepáticas preexistentes, como la cirrosis y ciertas alteraciones anatómicas, para el abordaje.

Characterization of autoimmune processes and the role of anti parietal cell antibodies in gastric premalignant conditions and gastric cancer

Latorre G[1], Rodriguez D[1], Uribe J[1], Martinez F[1], Binder V[1], Silva F[1], Bustamante M[1], Pizarro M[1], Corvalan A[1], Torres J[1], Roa J[1], Achurra P[1], Serrano C[1], Bizama C[1], Candia R[1], Espino A[1], Vargas J[1], Guzman A[1], Shah S[2], Riquelme A[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]San Diego Healthcare System, San Diego, California, Estados Unidos (EEUU)

Background: Chronic atrophic gastritis (CAG) and gastric intestinal metaplasia (IM) are considered gastric premalignant conditions. The main cause of CAG is chronic inflammatory process driven by *Helicobacter pylori* (Hp) infection. However, some autoimmu-

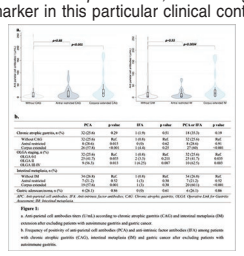
ne inflammatory process may be related to progression and extension of CAG/IM.

Aim: Toassess the autoimmunity process related to progression and extension of CAG/IM in patients with Hp infection.

Methods: A cross-sectional study of 220 patients attending to an esophagogastroduodenoscopy (EGD) was conducted. EGD was performed with mapping gastric biopsies collection and a blood sample was obtained. ELISA assay for anti-parietal cell antibodies (PCA) and anti-intrinsic factor antibodies (IFA) were performed. A case-control design was conducted comparing patients with normal or chronic superficial gastritis (CSG), CAG/IM and gastric cancer (GC). Titers of PCA/IFA were compared between study groups with Mann-Whitney test and logistic-regressions were performed adjusting by age and sex.

Results: 121 patients with normal histology or CSG, 74 with CAG/IM and 25 with CG were analyzed. Higher titers of PCA and IFA were observed in patients with corporal extended CAG (p<0.001) and IM (p=0.0004), but not in antral restricted CAG (p=0.88) and IM (p=0.93), in patients with *Hp* related gastritis. After excluding from the analysis patients with autoimmune gastritis, frequency of a positive PCA was higher in patients with corpus-extended CAG (58% vs. 26%; p<0.001), corpus-extended IM (58% vs. 26%; p=0.013) and OLGA III-IV patients (56% vs. 26%; p=0.013), compared to normal/CSG patients.

Conclusion: PCA antibodies exhibited a statistically significant association with the extension of CAG and intestinal metaplasia (IM) in non-autoimmune *Hp*-related gastritis. These results imply a potential involvement of immunity in the corpus extension of CAG and IM in the presence of *Hp* infection, further suggesting PCA antibodies' potential utility as a biomarker in this particular clinical context.



Serrated colonic polyps: Predictors of dysplasia in a case-control chilean study

Uribe J[1], Latorre G[1], Arellano R[2], Acuña P[1], Jaramillo M[1], Pedraza A[1], Diaz F[1], Martinez F[1], Mariné M[1], Silva F[1], Bustamante M[1], Riquelme A[1], Vargas J[1], Gonzalez R[1], Ritcher H[1], Aguero C[1], Espino A[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital Clínico Red de Salud UC-CHRISTUS, Santiago, Chile

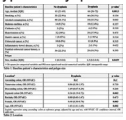
Background: Serrated lesions (SL) have emerged as significant contributors to colorectal neoplasia, challenging traditional adenoma-centric screening and surveillance strategies. Identifying predictors of dysplasia in serrated colon polyps is crucial for early detection and improving patient outcomes. In Chile, limited research has been conducted to investigate the endoscopic predictors of dysplasia in SL.

Aim: Identify potential endoscopic predictors of dysplasia in SL

Methods: Matched case control study of patients with SL with or without dysplasia by sex obtained from a retrospective cohort who underwent colonoscopy between April 2015 and May 2023 at Red de Salud UC-CHRISTUS, Santiago, Chile. Only patients with SL were included in the cohort. Demographic, clinical and endoscopic data was obtained from clinical records. Endoscopic characteristics examined included polyp size, location, morphology and the resection technique.

Results: 56,203 colonoscopy were performed, identifying serrated polyps in 1401 of them (SL detection rate of 24,9-per-1000 colonoscopy). A sample of 306 patients were included in the study (mean age 62.9 years (range 29-101)). Patient´s characteristics and polyp size by dysplasia are presented in table 1. The average polyp size was 1.85 (1-13) mm, and it was statistically bigger in dysplasia (p=0.0459). Polyp by location: 50%(n=153) ascending, 24.5%(n=75) transverse, 13.4%(n=41) descending and 24.8%(n=76) sigmoid colon, and 23.9%(n=73) were observed in rectum. Logistic regression by location adjusted by age and sex is presented in table 2. Sigmoid colon was statistically associated with less dysplasia (p=0003), as well as female patients (p=0.003). Age was statistically associated with dysplasia (p=0.002)

Conclusion: Dysplasia exhibited a positive correlation with advanced age and a higher prevalence among women. The presence of polyps in sigmoid colon demonstrated a protective effect, reducing the likelihood of dysplasia . A significant association was observed between larger polyp and dysplasia



Illicit substance use and its impact on alcohol-associated hepatitis in latin america

Díaz L[1], Idalsoaga F[1], Ayares G[1], Arnold J[1], Alcayaga B[1], Maldonado K[2], Ayala M[3], Perez D[3], Gomez J[3], Escarate R[3], Fuentes E[1], Roblero J[4], Simian D[4], Norero B[5], Lazarte R[6], Velarde J[7], Higuera-de-la-Tijera F[8], Córdova J[9], Varela J[10], Mejía S[11], Silva R[12], Melo C[13], Araujo R[14], Pereira G[15], Couto C[16], Bessone F[17], Tanno M[17], Romero G[18], Mendizabal M[19], Marciano S[20], Gomez G[20], Dirchwolf M[21], Montes P[22], Guerra P[23], Ramos G[23], Restrepo J[24], Carrera E[25], Brahmania M[26], Singal A[27], Bataller R[28], Shah V[29], Kamath P[29], Arrese M[1], Arab J[30]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Roosevelt Hospital, Ciudad de Guatemala, Chile; [3]Hospital El Pino, Santiago, Chile; [4]Sección Gastroenterología, Santiago, Chile; [5]Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile; [6]Clínica Hospital del Profesor, Santiago, Chile; [7]Hospital Civil Guadalajara, Guadalajara, México; [8]Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Mexico City, México; [9]Hospital General Manuel Gea González, Mexico City, México; [10]Hospital Dublán, Chihuahua, México; [11]Hospital Juárez de México, Mexico City, México; [12]Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto, Sao Paulo, Brasil; [13]Fhaj Fundação Hospital Adriano Jorge, Amazonas, Brasil; [14]Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brasil; [15]Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil; [16]Hospital das Clinicas Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil; [17]Hospital Provincial del Centenario, Santa Fe, Argentina; [18]Hospital de Gastroenterología " Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Buenos Aires, Argentina; [19]Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina; [20]Hospital Italiano Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; [21]Hospital Privado de Rosario, Rosario, Argentina; [22]Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, Bellavista, Perú; [23]Instituto Gastroenterológico Boliviano- Japonés, Cochabamba, Bolivia; [24]Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia; [25]Hospital Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador; [26]Univeristy of Calgary, Calgary, Canadá; [27]University of South Dakota Sanford School of Medicine, Sioux Falls, Estados Unidos (EEUU); [28]Hospital Clinic, Barcelona, España; [29]Mayo Clinic, Rochester, Estados Unidos (EEUU); [30]Western University, London Health Sciences Center, London, Canadá

Background: Concomitantsubstance use is frequent among patients with alcohol use disorder (AUD), but its impact on alcohol-associated hepatitis (AH) is unknown.

Aims: To assess the prevalence and impact of substance use in patients hospitalized for AH in a multinational cohort.

Methods: Multicenter prospective cohort study including patients with AH between 2015–2022. We assessed the impact of substance consumption using competing-risk models.

Results: We included 405 patients from 24 centers in 8 countries (Argentina, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, Mexico, and Peru). The mean age was 49.6±12.2 years, 345 (85.4%) were men, 210 (57.5%) had underlying cirrhosis, and the median MELD at diagnosis was 25 [20–31] points. Around 74% of patients fulfilled ACLF criteria (ACLF-1:11.1%, ACLF-2:11.6%, ACLF-3:49.6%). A total of 82 (20.3%) reported active substance use, while 22 (5.4%) were former substance users. The most common drugs used were marijuana (11.1%), cocaine (10.4%), methamphetamine (4.4%), and heroin (0.5%). Out of the total, 35.7% died, and only 2.5% underwent liver transplantation during follow-up. Active substance use was higher in younger patients (users 44.4±16.1 years vs. non-users 51.0±10.6 years; p<0.001) and in men compared to women (22.0% vs 10.2%, p=0.036). In a competing-risk model adjusted by age, sex, history of cirrhosis, MELD, and ACLF, active substance use was independently associated with mortality (subdistribution Hazard Ratio [sHR] 1.53, 95%CI:1.01–2.32; p=0.043). Active cocaine (sHR 1.69, 95%CI:1.07–2.70; p=0.025) and marijuana use (sHR 1.83, 95%CI:1.11–3.04; p=0.018) were independently associated with mortality in adjusted competing-risk analyses.

Conclusions: Active drug use is common in AH patients. Marijuana and cocaine were the most frequent substances and were independently associated with increased mortality. Integrated management with addiction specialists and psychiatrists could impact survival in AH.

Kcnq1ot1, pieza clave de una red de competencia endógena en cáncer gástrico

Santoro P[1], Sandoval A[1], Olivares W[1], Torres K[1], Quest A[2], Corvalán A[1]

[1]Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile; [2]Advanced Center For Chronic Diseases, Santiago, Chile

Introducción: KCNQ1OT1, un ARN largo no codificante (lncRNA), ha sido descrito como un gen diferencialmente expresado en tumores gástricos respecto a su tejido normal adyacente. Sin embargo, se desconoce el rol que puede estar ejerciendo este lncRNA en el desarrollo del cáncer gástrico (CG). Nuestro grupo de investigación ha hipotetizado que KCNQ1OT1 es una pieza clave en un eje de red de competencia endógena (ceRNA) implicada en esta enfermedad.

Objetivos: Caracterizar experimentalmente el eje ceRNA: KCNQ1OT1/miR-597-5p/RUNX1.

Métodos: Se llevaron a cabo análisis in silico para identificar los sitios de unión teóricos entre los genes participantes. Se midió la expresión relativa de estos genes en 7 líneas celulares por RT-qPCR. Se realizaron ensayos de luciferasa en 2 líneas celulares para evaluar la interacción directa entre KCNQ1OT1/miR-597 y miR597/RUNX1. Además, se llevaron a cabo experimentos in vitro de silenciamiento con un coctel de 3 DsiRNA de KCNQ1OT1. Por otro lado, se analizó el perfil de expresión de KCNQ1OT1 y RUNX1 en 69 muestras de tumores gástricos y se evaluó la coexpresión de estos 2 genes a través de regresión lineal.

Resultados: Los experimentos de luciferasa confirmaron el binding dual entre los genes del eje ceRNA. El silenciamiento por DsiRNA de KCNQ1OT1 en la línea NCI-N87 produjo la caída en la expresión de RUNX1. Este hallazgo fue confirmado a nivel clínico donde la expresión de KCNQ1OT1 en tumores gástricos se relacionó linealmente con la expresión de RUNX1 (R=0,63; p=5,19E-16).

Conclusiones: El eje ceRNA: KCNQ1OT1/miR-597-5p/RUNX1 fue confirmado a través de los experimentos de luciferasa. Además, la regulación indirecta que realiza KCNQ1OT1 sobre RUNX1 se evidenció a nivel experimental y clínico. Estos hallazgos sugieren el rol de KCNQ1OT1 en el desarrollo de CG a través de un eje ceRNA. Agradecimientos: FONDECYT 1231773 y CONICYT-FONDAP 15130011.

Parametros de metabolismo oseo en pacientes con cirrosis compensada en una muestra poblacional de Venezuela

Ramos M[1], García A[2], Fernández S[3], Cheme R[4], Marin E[1]

[1]Lab Inmunoquimica y Ulraestructura toxinologica/Instituto Anatomico Jose Izquierdo, Caracas, Chile; [2]Catedra de Fisiologia, Escuela Medicina "Luis Razetti", Caracas, Venezuela; [3]Catedra Clinica Gastroenterologica/Escuela Medicina "Luis Razetti", Caracas, Venezuela; [4]Post Grado Gastroenterologia/ Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela

Introducción: La cirrosis hepática se caracteriza por alteraciones en el metabolismo óseo.

Objetivo: Determinar los niveles séricos de parámetros de metabolismo óseo en pacientes con cirrosis compensada.

Métodos: Estudio epidemiológico de tipo caso control. A cada participante se le realizó una historia clínica y análisis de biomarcadores séricos asociados a metabolismo óseo.

Resultados: La muestra fueron 31 pacientes (16 mujeres y 15 hombres) con cirrosis compensada (casos), y 93 personas (48 mujeres y 45 hombres) sin enfermedad aparente (controles). La edad promedio de la muestra fue 54,48 ± 14,98 años (IC 95 % de 49,91 a 59,76 años.).En los casos, la concentración sérica promedio de calcio (8,59 ± 1,21; IC 95 % de 8,15 a 9,04 mg/dl), magnesio (2,03 ± 0.49; IC 95 % de 1,93 a 2,13 mg/dl), y paratohormona (2,05 ± 0.69; IC 95 % de 1,79 a 2,34 mg/dl) fueron significativamente menores que las de los controles [calcio:10,21 ± 0,82; IC 95 % de 10,04 a 10,38 mg/dl; magnesio: 2,92 ± 0.52 , IC95 % de 2,73 a 2,11 mg/dl; y paratohormona: 34,33 ± 24,23, IC 95 % de 29.34 a 39.32 mg/dL; p < 0.0001, t-test, alfa 0,05]. Los valores promedios de ALP (189.3 ± 28.25, IC 95 % de 131,6 a 246,9 UI/L), y de la concentración sérica de fósforo (3.768 ± 0.1585 mg/dL (IC 95 % de 3,44 a 4,09 mg/dL)) fueron significativamente mayores en los casos con respecto a los controles [ALP = 132.2 ± 8.015, IC 95 % de 116,3 a 148,1 UI/L), p < 0,0004; y fosforo = 3.20 ± 0.07, IC 95 % de 3,05 a 3,34 mg/dL, p <0.01. t-test, alfa 0,05].

Conclusión: Los resultados muestran valores de fosforo, calcio y magnesio que en conjunto con los de PTH reflejan evidencia de hipoparatiroidismo asociado a cirrosis hepática compensada.