1er. LUGAR INVESTIGACIÓN CLÍNICA: PREMIO ABRAHAM AYALA CONZÁLEZ.

Prevalencia de anticuerpos relacionados a enfermedad celíaca (EC) en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable. Un estudio de casos y controles.

Autor: José María Remes-Troche. Coautores: Luis Alberto Sánchez-Vargas, Pablo Thomas-Dupont, Maura Torres-Aguilera, Karen Lizzette Ramírez-Cervantes, Amyra Ali Azamar-Jacome, María Rosa Estefanía Aedo-Garcés, Arturo Meixueiro-Daza, Héctor Vivac-Cid y Federico Roesch-Dietlen.

Introducción: Recientemente múltiples estudios han propuesto que la realización de pruebas de escrutinio para enfermedad celíaca (EC) en pacientes con síntomas sugerentes de SII puede ser una estrategia costo-benéfica, ya que demuestran que la prevalencia de EC en sujetos con diagnóstico de SII es más elevada que en la población general (hasta 4 veces más).

Objetivo: Determinar la prevalencia de un panel de anticuerpos relacionados con EC (anticuerpos antitransglutaminasa tisular [h-tTG IgA], anticuerpos IgA e IgG en contra del péptido desaminado de gliadinas [DGP]), en un grupo de pacientes mexicanos con diagnóstico de SII de acuerdo a los criterios de Roma III y comparar los resultados con un grupo control pareado por género.

Material y métodos: De forma prospectiva se evaluaron pacientes que acudieron por presentar síntomas sugerentes de SII a nuestra institución entre el 1/12/2010 y el 30/07/2012 de 2010. Se incluyeron sujetos que cumplieron criterios de Roma III (versión validada en Español) para SII y se realizaron las siguientes pruebas diagnósticas: determinación de h-tTG IgA (QUANTA h-tTG IgA ELISA, Inova Diagnostics, San Diego California, EUA), determinación de gliadina IgA II e IgG II (DGP) (Inova Diagnostics, San Diego, California, EUA).

En las 3 pruebas títulos <20 UI se consideran negativos, de 20-30 débilmente positivos y >30 UI altamente positivos. También se evaluaron controles asintomáticos (de acuerdo a exploración física y evaluación clínica), pareados por género. A ambos grupos se les aplicó un cuestionario nutricional. Se calculó la prevalencia de positividad para los anticuerpos en pacientes con SII y los controles sanos. Se calcularon razones de momios (RM), riesgos relativos (RR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

Resultados: Se evaluaron 339 pacientes con SII (279 mujeres [82,00%]) con edad promedio de 44,47±18,01 años y 339 controles. La edad promedio de las 279 mujeres fue de 28,2±8 años. Veintidós pacientes con SII (6,40%, IC 95% 3,7-9,26) tuvieron al menos un marcador positivo para EC comparados con 10 controles (2,91%, IC 95% 1,01-4,8, p=0,046). Trece pacientes con SII (3,85%, IC 95% 1,6-6) y 3 controles (0,88%, 0,18-2,56) tuvieron anticuerpos h-tTG positivos

(p=0,02). Los sujetos con SII y anticuerpos positivos tuvieron significativamente una mayor prevalencia de SII-D (46,00% vs 21,00%, p=0,014) y de síntomas relacionados con la ingesta de pan (39,00% vs 18,00%, p=0,057). La RM para tener h-tTG IgA positivos en los pacientes con SII fue de 4,75 (1,3-16,8).

Conclusiones: El 6,90% de los pacientes con SII tiene algún anticuerpo positivo para EC, y específicamente 3,80% tiene h-tTG IgA (una de las pruebas más sensibles y específicas en

escrutinio de EC). La búsqueda de EC en sujetos con SII parece razonable, específicamente en el subgrupo de SII-D.

Evaluación de citocinas relacionadas a un perfil de respuesta Th17 en pacientes con hepatitis autoinmune bajo tratamiento inmunosupresor

Autor: Pablo Thomas-Dupont. Coautores: Luis Alberto Sánchez-Vargas, Irma Yadira Izaguirre-Hernández, Mathywz de Jesús Maldonado-Rentería, Aldo Torre-Delgadillo, José María Remes-Troche y Héctor Vivanco-Cid.

Revista de Gastroenterología de México 2012;77(Supl 3): 29-30

Antecedentes: La hepatitis autoinmune (HAI) es una condición inflamatoria del hígado. Los mecanismos que operan en la destrucción del tejido y/o en la reparación tisular asociada a la remisión de la enfermedad son desconocidos. Un mecanismo que ha sido implicado en la inmunopatología de la HAI es la producción de mediadores secretados por linfocitos T. Esta enfermedad autoinmune ha sido predominantemente asociada con un perfil de respuesta Th1. Actualmente se conoce poco del papel de otros perfiles de respuesta, como las células Th17 en la patogénesis de HAI.

Objetivo: Analizar los niveles séricos de las interleucinas asociadas a un perfil de respuesta Th17 como IL-17A, IL-17F, IL-21, IL-22 e IL-23 en pacientes con HAI.

Materiales y métodos: Se determinaron las concentraciones séricas de las citocinas en 55 muestras de pacientes mexicanos con diagnóstico confirmado de HAI, y bajo diferentes regímenes de tratamiento (prednisona, prednisona-azatioprina o sólo azatioprina), comparándolos contra los sujetos control sanos (SCS). Los resultados fueron analizados empleando la prueba t de Student no pareada con una significación estadística de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se detectaron concentraciones elevadas de IL-17F (98,5 pg/mL), IL-21 (161,83 pg/mL) e IL-23 (39,49 pg/mL) en los pacientes con HAI. En contraste, concentraciones muy bajas o indetectables de estas citocinas se presentaron en el grupo de SCS (IL-17F no detectada, IL-21 12,46 pg/mL, IL-23 8,52 pg/mL). Para el caso de los niveles de IL-17A (35 pg/mL) e IL-22 (29 pg/mL) en HAI, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al ser comparados con SCS (23 pg/mL y 18,46 pg/mL, respectivamente).

Al hacer el análisis de los niveles séricos de estas citocinas en el grupo de pacientes con monoterapia a base de prednisona, se encontró mayor concentración de todas las citocinas evaluadas al comparar contra los grupos de pacientes bajo duoterapia (prednisona y azatioprina) o monoterapia con azatioprina.

Conclusiones: Con base en los resultados se concluye que en pacientes con HAI bajo tratamiento inmunosupresor se producen y persisten citocinas asociadas a un perfil de respuesta Th17. Las concentraciones elevadas de estas citocinas relacionadas a un perfil de respuesta Th17 en HAI podrían estar contribuyendo a la persistencia del proceso infamatorio presente en HAI. Conflicto de intereses: Este proyecto con número de registro

134884 ha sido patrocinado en su totalidad por el fondo de Investigación Básica SEP CONACyT.

Utilidad diagnóstica del cuestionario GERD-Q comparado con endoscopia y pHmetría ambulatoria de 24 horas en pacientes mexicanos que acuden a un primer nivel de atención

Autor: Miguel Ángel Zavala-González. Coautores: Amyra Ali Azamar-Jacome, Arturo Meixuerio-Daza, Antonio Ramos-de la Medina, Job Ulises Reyes-Huerta, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche .

Antecedentes: Diferentes pruebas diagnósticas no invasivas se han elaborado para el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Los cuestionarios tienen la ventaja de ser auto-administrables, útiles en escrutinio y tienen un bajo costo. Se encuentran descritos más de 20 siendo los más utilizados Carlsson-Dent, ReQuest y el GERD-Q. Este último es un cuestionario que cuando se tiene un puntaje >8 denota una alta probabilidad de tener ERGE. Se ha empleado en otras poblaciones y en México en un estudio previo en un hospital de tercer nivel demostró una utilidad limitada.

Objetivo: Evaluar la utilidad diagnóstica del cuestionario GERD-Q para el diagnóstico de ERGE en pacientes que acuden a un primer nivel de atención médica (Medicina General).

Materiales y métodos: Se reclutaron pacientes que acudieron a consulta de Medicina General en 5 centros de atención primaria por síntomas digestivos superiores. Los pacientes fueron referidos a nuestro centro en donde se les aplicó cuestionario GERD-Q validado en español y posteriormente se efectuó panendoscopia. A los pacientes con endoscopia negativa se les realizó pHmetría ambulatoria de 24 horas. Se consideró diagnóstico de ERGE cuando hubo erosiones grado A-D de Los Ángeles y/o un porcentaje de pH < 4 > 4,20%. Se consideró que el GERD-Q era positivo cuando fue >8. Se determinó peor calidad de vida si el puntaje en esta subescala fue >3. Se calculó la certeza, sensibilidad, especificidad y valores predictivos del GERD-Q y del diagnóstico clínico previo (hecho por el médico general) comparado con los estándares de oro.

Resultados: Se incluyeron 252 pacientes, 159 mujeres (73,00%), con edad promedio de 49,49 años (rango 18 a 92). El IMC promedio fue de 26,5±6,44. El promedio de GERD-Q fue de 8±3 puntos. En 110 casos (44,00%) se demostró ERGE erosiva y 142 (56,00%) tuvieron ERGE no erosiva (ERNE). De los 142 pacientes con ERNE 70 (49,00%) tuvieron exposición anormal al ácido y 72 (51,00%) se clasificaron como pirosis funcional. De éstos, 20 (28,00%) se clasificaron como “esófago hipersensible”. La certeza diagnóstica del GERD-Q con puntaje >8 y del diagnóstico previo del médico general se muestra en la tabla 1. Cien pacientes (40,00%) tuvieron un puntaje >3 en el dominio de calidad de vida. Las mujeres (44,00% vs 32,00%, p=0,047) y los sujetos con ERGE erosiva tuvieron calidad de vida (62,00% vs 22,00%, p=0,00001) (tabla 1).

Conclusiones: El cuestionario GERD-Q es una herramienta útil para el diagnóstico de ERGE en el primer nivel de atención, ya que permite diagnosticar correctamente cerca de 3 de cada 4 pacientes mexicanos con síntomas de ERGE. El rendimiento diagnóstico es mayor que el diagnóstico inicial del médico general.

Conflicto de intereses: Este estudio ha sido patrocinado parcialmente por Astra Zeneca.

Tabla 1 Resultados.

	Prevalencia	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	Certeza
GERD-Q vs endoscopia	43,65%	74,55%	73,24%	68,33%	78,79%	73,81%
GERD-Q vs pHmetria	49,30%	67,14%	72,22%	70,15%	69,33%	69,72%
GERD-Q vs E+pH	71,43%	71,67%	72,22%	86,58%	50,49%	71,83%
Dx previo vs endoscopia	43,65%	53,64%	71,83%	59,60%	66,67%	63,89%

Efectos de Itoprida y Cinitaprida sobre la función motora del esófago en pacientes con ERGE. Un estudio comparativo usando manometría de alta resolución

Autor: Anahi Salim-Terreros. Coautores: Enrique Pérez-Luna, Antonio Ramos-de la Medina, Miguel Ángel Zavala, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche

Antecedentes: Aunque existen múltiples procinéticos, hay poca evidencia clínica y estudios sobre los efectos de estos fármacos en la motilidad esofágica. La cinitaprida pertenece al grupo de las benzamidas y su acción reside en la estimulación de receptores serotoninérgicos, que propician la contracción del músculo liso intestinal.

La itoprida es un procinético que actúa como antagonista de los receptores D2 de dopamina y tiene actividad inhibidora de la acetilcolinesterasa. En un estudio previo demostramos que itoprida disminuye el número de episodios de reflujo ácido y no ácido en pacientes con ERGE.

Objetivo: Evaluar el efecto de 2 procinéticos con diferentes mecanismos de acción (cinitaprida e itoprida) en la función motora de esófago en pacientes con ERGE erosiva, mediante el uso de manometría esofágica de alta resolución (MAR).

Materiales y métodos: En este estudio piloto, exploratorio y cuasiexperimental se incluyeron 20 pacientes (12 mujeres y 6 hombres, edad promedio 42,3 años). Todos los pacientes tuvieron exposición esofágica anormal al ácido (pHmetría ambulatoria de 24 horas) y ERGE erosiva grado A-B de Los Ángeles. A todos los sujetos de formal basal se les realizó MAR esofágica y se evalúo la presión basal del esfínter esofágico inferior (EEI), la peristalsis por segmentos y se calculó la integrada de contracción distal (DCI). Posteriormente los sujetos fueron distribuidos de forma aleatoria en bloques para recibir 1 mg de cinitaprida tid o 50 mg de itoprida tid durante una semana. En el último día de tratamiento se repitió la MAR esofágica y se compararon los resultados con sus basales.

Resultados: La itoprida incrementó la presión basal del esfínter esofágico inferior en 6 casos y no modificó la presión en 4 casos. La cinitaprida elevó la presión basal del EEI en 6 casos

mientras que en 4 casos la presión fue menor. Se observan los hallazgos antes y después del tratamiento con los 2 procinéticos (tabla 1).

Conclusiones: La administración de cinitaprida o itoprida no tuvo diferencia significativa sobre la presión del EEI después de una semana de tratamiento. La itoprida incrementó de forma significativa la fuerza de las contracciones esofágicas (vigor medido mediante DCI) comparada con cinitaprida.

Tabla 1 Resultados.

Parámetro	ITOPRIDA		CINITAPRIDA	
	Pre	Post	Pre	Post
Presión basal promedio (mmHg)	16±5	21±3,6	19±4	26±11
Porcentaje de ondas peristálticas	78±18	83,6±9	71±24	54±26
Amplitud de la peristalsis (mmHg)				
Tercio medio	44±24	46±22	50±39	43,9±19
Tercio proximal	68±32	72±35	58±18	67±53
Tercio distal	98±48	102±52	67±35	62±26
Integrada de la contracción distal (DCI)	1018±635	1419±618*	1042±542	987±488

*$p<0.05$.

Efecto de tadalafil sobre la función motora del esófago.

Autor: Rafael Morales-Rodríguez .Coautores: Enrique Pérez-Luna, Miguel Ángel Zavala, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche.

Antecedentes: Las opciones terapéuticas en los trastornos espásticos del esófago son limitadas. Recientemente se ha descrito que los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa producen relajación del músculo liso esofágico a través del aumento y prolongación de la actividad inhibitoria del GMPc. Bortolotti et al. Demostraron que el uso de sildenafil produce un descenso en la presión del EEI, la amplitud y velocidad de las contracciones peristálticas esofágicas. Tadalafil es un inhibidor con una vida media de 18 horas y su eliminación plasmática puede tardar hasta 72 horas. No existen estudios que evalúen su efecto en la función motora esofágica.

Objetivo: Evaluar el efecto de una dosis única de 20 mg de tadalafil sobre la motilidad esofágica y el esfínter esofágico inferior, en voluntarios sanos y pacientes con trastornos espásticos del esófago.

Materiales y métodos: En este estudio piloto, exploratorio y cuasiexperimental se incluyeron 10 voluntarios sanos (6 hombres y 4 mujeres, edad promedio de 27,5 años) y 6 pacientes (4 con acalasia tipo II y 2 con peristalsis hipertensiva [3 hombres y 3 mujeres, edad promedio 45 años]). A todos de forma basal se les realizó manometría esofágica de alta resolución (Given, Yoqneam, Israel) y se dieron 10 tragos de 5 mL de NaCl. Posteriormente se administraron 20

mg de tadalafil (Sialis, Lilly ICOS, Washington, EUA) y se dejó el catéter colocado 2 horas. Se realizaron 5 tragos de 5 mL a los 15, 30, 45, 60 y 120 minutos. En cada sesión de tragos se registraron la presión arterial y la frecuencia cardiaca. De cada registro se evalúo la presión basal del EEI, el porcentaje de ondas peristálticas y la integrada de contracción distal (DCI).

Resultados: En los controles, a los 60 minutos de su administración tadalafil disminuyó la presión basal en reposo del EEI (18,8±4 mmHg vs 22,1±3 mmHg, p=0,019) y esa disminución fue progresiva a la hora y al cabo de 2, 24 y 48 horas (fig. 1). El punto más bajo de presión se alcanzó a las 48 horas. La disminución de la presión se observó en todos menos en un sujeto. La amplitud promedio en los tercios distal, medio y proximal del esófago disminuyó significativamente en los 3 segmentos a partir de los 45 minutos de la administración de tadalafil y se inició la recuperación de ésta a las 48 horas (fig. 2) (p<0,05). Los mismos hallazgos de tadalafil se registraron en 5 de los 6 pacientes. Los 6 pacientes 4 sujetos refrieron mejoría de la disfagia a las 24 y 48 horas, y en un caso esta mejoría duró hasta 72 horas.

Conclusiones: El tadalafil es un medicamento que disminuye la presión basal del EII y la amplitud y vigor de las contracciones esofágicas. Este fármaco resulta una opción prometedora en el manejo de los trastornos espásticos esofágicos.

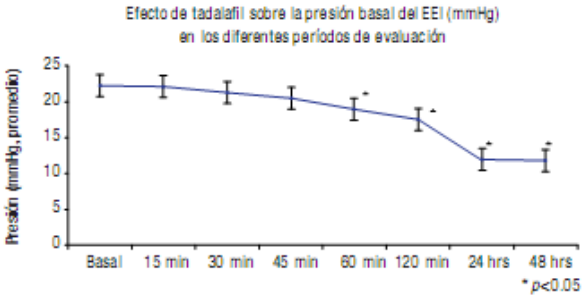

Figura 1 Resultados.

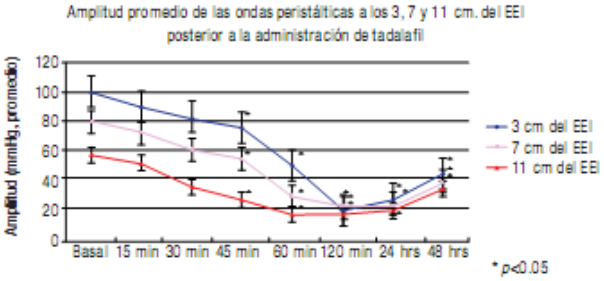

Figura 2 Resultados.

Prevalencia de los fenotipos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) utilizando una nueva clasificación en pacientes no respondedores a IBP

Autor: Alejandra Arellano-Pérez. Coautores: Estefany Baca-Quero, Antonio Ramos-de la Medina, Miguel Ángel Zavala, Job Reyes-Huerta, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche

Antecedentes: Hasta 30,00% de los pacientes con ERGE permanecen sintomáticos después del tratamiento con inhibidor de la bomba de protones (IBP). En un trabajo reciente Kahrilas et al. (DDW 2012, San Diego, California, EUA) desarrollaron una nueva clasificación para categorizar a los pacientes con ERGE refractarios a IBP. Esta nueva clasificación incorpora los términos de reflujo ácido persistente (fenotipo 1), hipersensibilidad esofágica (fenotipo 2), ERGE con sobreposición funcional (fenotipo 3) y pirosis funcional verdadera (fenotipo 4). De acuerdo a esta clasificación, el fenotipo más frecuente es el 4 (50,00%). Sin embargo, se desconoce cuál es la prevalencia de estos fenotipos en otras poblaciones

Objetivo: Determinar la prevalencia de estos fenotipos en una población de pacientes mexicanos con ERGE refractaria.

Materiales y métodos: Se revisaron de forma retrospectiva los resultados de pHmetría-impedancia multicanal (pH-MII) de 24 horas, en sujetos que fueron referidos al IIMB-UV en el periodo comprendido de enero de 2010 a agosto de 2012. Se analizaron las características demográficas y los pacientes se clasificaron teniendo en cuenta los siguientes criterios: fenotipo 1=% tiempo pH < 4 > 4,20%, fenotipo 2=% tiempo pH < 4 < 4,20% pero con índice de síntomas (IS) > 50,00% o probabilidad de asociación sintomática (PAS) >95%, fenotipo 3=% tiempo pH < 4 < 4,20% con IS <50,00% o PAS <95% pero con >73 episodios de reflujo detectados por impedancia y fenotipo 4=% tiempo pH < 4 < 4,20% con IS < 50,00% o PAS <95% y <73 episodios de reflujo. Se compararon las características demográficas entre los 4 fenotipos.

Resultados: Se incluyeron en total 261 pacientes, 166 mujeres (64,00%) y la edad promedio del grupo fue de 45,9 años (15-81). De acuerdo a la distribución de los fenotipos 26,00% pertenecen al 1, 28,00% al 2, 8,00% al 3 y 38,00% al 4. No hubo entre los fenotipos diferencias significativas en las características demográficas (edad, sexo, índice de masa corporal) (tabla 1). Sin embargo, hubo una diferencia significativa en la presencia de hernia hiatal (65,00%, 23,00%, 29,00% y 38,00% respectivamente, p<0,05).

Tabla 1 Resultados.

	Fenotipo 1 n=69	Fenotipo 2 n=73	Fenotipo 3 n=21	Fenotipo 4 n=98
Edad	48,8±14,3	42,8±15	46,5±16	47±13
Género				
Femenino n (%)	46 (67,00%)	48 (66,00%)	9 (43,00%)	63 (64,00%)
Masculino n (%)	23 (33,00%)	25 (34,00%)	12 (57,00%)	35 (36,00%)

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con ERGE refractaria a IBP la pirosis funcional es el fenotipo más frecuente (tipo 4, 38,00%) y la sobreposición funcional la menos frecuente (fenotipo 3, 8,00%). Aunque no hubo diferencias demográficas entre los 4 fenotipos, en los sujetos con fenotipo 1 es mayor la probabilidad de tener hernia hiatal, lo que explicaría que estos sujetos tienen una causa mecánica para la exposición esofágica anormal al ácido. Estos resultados son similares a los descritos en estudios previos.

Prevalencia de sensibilidad a la lactosa y al gluten en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable de acuerdo a criterios de Roma III

Autor: Leilani Esther Treviño-Torres. Coautores: María Rosa Aedo-Garcés, Amyra Ali Azamar-Jacomé, Melany Vivanco, Arturo Meixeuiro-Daza, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche.

Institución: ITESM, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana .

Coautores: María Rosa Aedo-Garcés, Amyra Ali Azamar-Jacomé, Melany Vivanco, Arturo Meixeuiro-Daza, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche

Antecedentes: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo que se caracteriza por dolor y/o distensión abdominal, acompañado de alteraciones en la evacuación. El 20,00% de la población general y hasta el 50,00% de los pacientes con SII refieren síntomas gastrointestinales asociados con la ingesta de alimentos. Estudios previos reportan que hasta 45,00% de los sujetos con SII pueden ser intolerantes a la lactosa. Por otra parte, recientemente se ha comprobado que los pacientes con SII pueden tener sensibilidad al gluten en ausencia de enfermedad celiaca. El reconocimiento por parte del paciente de qué tipo de alimentos alivian o exacerban sus molestias puede ser determinante en la decisión de la conducta terapéutica.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de la sensibilidad a la lactosa (SL) y al gluten (SG), en pacientes con diagnóstico de SII de acuerdo con Roma III.

Materiales y métodos: Se realizó una evaluación prospectiva de sujetos referidos a nuestra institución, en el periodo comprendido de enero de 2011 a julio de 2012, y que cumplieron los criterios diagnósticos de Roma III de acuerdo al cuestionario validado en español y que no tuvieran datos de alarma. Como parte de otro ensayo, todos estos sujetos fueron sometidos a un panel para estudio de enfermedad celiaca (tTG, a-DGP IgA e IgG) y fueron negativos. A todos los sujetos se les aplicó un cuestionario breve acerca de qué grupo de alimentos se relacionaba con sus síntomas. Se analizaron los datos utilizando estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 276 sujetos, 239 (86,00%) mujeres con una edad promedio de 45±14 años (rango 18 a 78). De acuerdo a los subtipos de SII hubo 107 (39,00%) con SII-E, 66 (24,00%) con SII-D y 103 (37,00%) con SII-M. El 44,5% (n=123) presentaba síntomas al ingerir derivados de lácteos y el 24,00% (n=67) reportaba síntomas con ingesta de alimentos que contienen gluten (derivados de trigo, centeno y avena). La mayoría de los sujetos con SII y SL presenta los siguientes síntomas más de un día a la semana: 110/123 (89,00%) dolor abdominal, 51/123 (41,00%) agruras, 74/123 (60,00%) saciedad. En los pacientes con SII y SL los subtipos de SII fueron: SII-E (33,00%), SII-D (27,00%) y SII-M (41,00%). En este grupo de pacientes la intensidad del dolor fue muy leve en 28,00%, leve en 17,00% y moderada a grave en 55,00%. Para el 54,00% de los pacientes con SII y SL, el dolor restringe sus actividades diarias y el 50,00% no es capaz de terminar una comida regular. Asimismo, la mayoría de sujetos con SII y SG manifiesta síntomas más de un día a la semana: 64/67 (95,00%) dolor abdominal, 32/67 (47,00%) agruras, 37/67 (55,00%) saciedad. Los subtipos de SII en pacientes con SG fueron: SII-E (39,00%), SII-D (25,00%), SII-M (36,00%). La intensidad del dolor para este grupo fue muy

leve en 33,00%, moderada a grave en 49,00%. El dolor restringe actividades diarias en el 54,00% y el 49,00% no es capaz de terminar una comida regular.

Conclusiones: Más de un tercio de la población con SII estudiada tiene SL y cerca de una cuarta parte SG. Los síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, agruras y saciedad, suelen presentarse más de un día a la semana. El dolor que presentan estos sujetos es moderado o leve. Sin embargo, no se ha encontrado diferencia en la prevalencia ni la intensidad de los síntomas entre los sujetos con SII y SL y los sujetos con SII y SG.

Prevalencia de anticuerpos anti Saccharomyces cerevisiae (ASCAS) en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable.

Autor: Yolopsi Maza . Coautores: Luis Alberto Sánchez-Vargas, Pablo Thomas-Dupont, Maura Torres-Aguilera, María Rosa Estefanía Aedo-Garcés, Enrique Pérez-Luna, Arturo Meixueiro-Daza, Héctor Vivanco-Cid, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche

Introducción: Los anticuerpos anti Saccharomyces cerevisiae (ASCA) tienen una prevalencia mayor en pacientes con enfermedad infamatoria intestinal (EII), especialmente en enfermedad de Crohn (EC). Estos anticuerpos parecen dirigirse a las secuencias de manosa en la capa de manana del Saccharomyces cerevisiae. La prevalencia de ASCA en EC es >75,00% mientras que en controles sanos es <5,00%. En la búsqueda de biomarcadores para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable se ha propuesto que la determinación de ASCA puede ser útil y su positividad orientaría a EII. Sin embargo, se desconoce la prevalencia de positividad para estos anticuerpos en población mexicana.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ASCA en un grupo de pacientes mexicanos con diagnóstico de SII de acuerdo a los criterios de Roma III y en controles sanos.

Material y métodos: De forma prospectiva se evaluó a pacientes que acudieron a nuestra institución por presentar síntomas de SII entre el 1/12/2010 y el 30/07/2012. Se incluyeron sujetos que cumplieron con Criterios de Roma III (versión validada en español) para SII y se les realizó la determinación de ASCA IgG mediante técnica de ELISA (Inova Diagnostics, San Diego, EUA). Títulos <20 se consideraron negativos, de 20 a 24.9 indeterminados y >25 positivos. Se compararon las características entre pacientes con SII ASCA (-) y ASCA (+).

Resultados: Se evaluaron 289 pacientes con SII, 82,00% mujeres con edad promedio de 44,47±18,01 años. El tiempo promedio de síntomas fue de 76,4±33 meses. En el grupo control hubo 289 mujeres (82,00%) y la edad promedio fue de 28,2±8 años. Cuarenta y tres pacientes con SII (15,00%) tuvieron positivos los ASCA IgG, 6 (2,10%) resultados indeterminados y 240 (83,00%) resultados negativos. En el grupo control, 33 (12,00%) tuvieron ASCA IgG positivos, 31 (12,00%) resultados indeterminados y 209 (77,00%) resultados negativos. Al comparar no hubo diferencia significativa en la prevalencia entre controles y sujetos con SII (p=0,89). En la tabla 1 se muestran las características de SII ASCA (-) y ASCA (+).

Conclusiones: El 15,00% de los pacientes mexicanos con SII tiene una prueba positiva para ASCA. Esta prueba en nuestra población no puede utilizarse como biomarcador, ya que su

prevalencia en sujetos asintomáticos es del 12,00%, mayor a la reportada en otras poblaciones.

Tabla 1 Resultados.

Variable	SII ASCA (-) (n=240)	SII ASCA (+) (n=43)	*p*
Género			
Femenino (n, %)	205 (85,00%)	34 (79,00%)	0,536
Edad (promedio, DE)	43±15	48,3±13	0,05*
Evolución de los síntomas (promedio, DE)	75,5±6	96±15	0,192
SII-E (n, %)	95 (40,00%)	16 (37,00%)	0,86
SII-D (n, %)	56 (23,00%)	14 (36,00%)	0,10
SII-M (n, %)	89 (37,00%)	13 (27,00%)	0,643

Conocimiento y percepción acerca de la definición, diagnóstico y tratamiento del estreñimiento por médicos generales

Autor: Enrique de Jesús Leyva. Coautores: Francisco Javier Derroli, Mayte Abarca, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche

Antecedentes: El estreñimiento es una condición frecuente, lo que supondría que la definición debe ser clara; sin embargo, las definiciones médicas son muy variables. Por ejemplo, hasta 50,00% de los sujetos que dicen estar estreñidos tienen discordancia en la definición comparada con la del médico. Aunque existen criterios diagnósticos (Roma III) y herramientas diagnósticas como la escala de Bristol para facilitar la definición de estreñimiento, se desconoce si éstos son del conocimiento de los médicos de primer contacto. Por otra parte, aunque tradicionalmente se asume que factores higiénicos dietéticos como la ingesta de agua, el ejercicio y el consumo de fibra son predisponentes para el estreñimiento, se desconoce si estas medidas son recomendadas con frecuencia en el primer nivel de atención.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento y percepción sobre la definición, diagnóstico y tratamiento del estreñimiento por parte de médicos generales.

Materiales y métodos: Se aplicó entre noviembre de 2010 y noviembre de 2011 una entrevista estructurada, previamente validada a 100 médicos generales evaluados en diversos escenarios académicos realizados en la ciudad de Veracruz (sesiones mensuales, simposios, congreso nacional de cirugía, etc.). El cuestionario constó de 25 preguntas acerca de su práctica profesional, conocimiento acerca de definiciones, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones

Que hacen a los pacientes con estreñimiento.

Resultados: Se encuestó a 59 hombres y 41 mujeres con edad promedio de 47,5 años (rango 22 a 76) quienes en promedio llevan ejerciendo 10,3 años. El 77,00% considera que lo normal en un individuo es evacuar al menos una vez al día y 54,00% consideran que es normal tener más de 2 evacuaciones al día. Treinta y seis consideran que el síntoma que mejor define al estreñimiento es la evacuación con esfuerzo (36,00%) y pujo, seguido de la baja frecuencia de

las evacuaciones (24,00%), evacuaciones duras (22,00%), evacuaciones con dolor (6,00%), sensación de evacuación incompleta (6,00%) y otros (6,00%). El 55,00% refiere conocer los criterios de Roma III y 50,00% la escala de Bristol. Sólo el 9,00% prefiere utilizar los criterios de Roma. Noventa y tres consideran que la baja ingesta de fibra y el sedentarismo ocasionan estreñimiento y 69,00% recomienda la ingesta de fibra y ejercicio. El 77,00% utiliza de primera intención laxantes. Los laxantes más utilizados son la fibra (55,00%), seguida de los estimulantes (29,00%), y laxantes osmóticos (16,00%). Un 56,00% utiliza de forma regular procinéticos siendo el más común la metoclopramida (27,00%). El 59,00% ha recomendado terapias alternativas, siendo la más frecuente el uso de fibras naturistas (36,00%).

Conclusiones: El conocimiento acerca de la definición, diagnóstico y tratamiento del estreñimiento por parte de médicos generales es variable y difiere de lo reportado por pacientes y de lo que se recomienda en las guías de manejo. Es necesario trabajar en programas de educación médica continua al respecto.

El efecto del antagonista de los receptores de angiotensina II (telmisartán) sobre la presión basal del esfínter anal interno evaluado con manometría anorrectal de alta definición.

Autor: Enrique Pérez-Luna. Coautores: Luis Alonso Morales-Garza, Miguel Ángel Zavala-González, Job Reyes-Huerta, Rebeca Maldonado, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche

Antecedentes: El tono basal del esfínter anal (EA) es de naturaleza miogénica, debido a las propiedades especializadas de las células del músculo liso en el EA. Estudios experimentales recientes hechos en animales sugieren el papel de las sustancias neurohumorales como la angiotensina II (Ang II) en el mantenimiento del tono del esfínter, sin embargo hasta el momento no existe ningún estudio experimental en humanos que respalde lo anterior.

Objetivo: Demostrar que el efecto de telmisartán disminuye la presión del EA interno en humanos, mediante el bloqueo de los efectos de la Ang II, y que sería una opción terapéutica en trastornos hipertensivos anorrectales y proctalgia.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo de pacientes con proctalgia (dolor anal crónico de acuerdo a Roma III) y controles sanos para la realización de manometría anorrectal de alta resolución (MAAD, Given) con una sonda de 256 sensores. Todos los sujetos tuvieron una evaluación basal y posteriormente se administraron 2 tabletas de 40 mg de telmisartán, 24 horas. Después de completar el tratamiento se realizó una segunda MAAD ("postratamiento"). Se evalúo la presión basal del esfínter y los diversos parámetros antes y después del tratamiento en los pacientes y en los controles.

Resultados: Se estudiaron 5 voluntarios sanos (4 hombres y una mujer, edad promedio 24 años) y 5 pacientes (4 mujeres y un hombre, edad promedio 43,2 años) con proctalgia crónica. La evolución promedio de los síntomas en los 5 pacientes con dolor anal crónico es de 21 meses (rango 3-34 meses). Desde el punto de vista cardiovascular la presión promedio sistólica basal fue de 117,5±5,0 y la presión promedio sistólica postratamiento fue de 112,5±10,0 mmHg (p=0,06). La presión promedio diastólica basal fue de 74,3±7,0 mmHg y la presión

promedio diastólica postratamiento fue de 71,8±6,0 mmHg (p=0,31). Tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa en las frecuencias cardiacas pre y postratamiento (71,8±0,8 vs 72,5±0,6, p=0,61). De forma global, en 4 de los 5 pacientes con proctalgia la presión del EAI bajó con respecto a su basal e igual ocurrió en 4 de los 5 sujetos sanos (p<0,05). La disminución promedio de la presión basal del EA fue de 15,00% con respecto a la basal en ambos grupos. De los 5 pacientes con proctalgia 3 refrieron mejoría sintomática y se prescribió el tratamiento al menos por 2 semanas, reportando una mejoría global de los síntomas entre el 30,00-80,00%, con disminución significativa del número de episodios de dolor (3 en promedio en las últimas 2 semanas).

Conclusiones: El uso de un bloqueador de receptores de Ang II (telmisartán) disminuye la presión del EAI en sujetos sanos, y en pacientes con proctalgia crónica sin efectos adversos y con mínimos efectos cardiovasculares. Esta clase de medicamentos puede ser una opción terapéutica en pacientes con proctalgia y trastornos anales.

Utilidad diagnóstica de la esofagoscopia transnasal con E.G. Scan® comparada con endoscopia convencional en el diagnóstico de enfermedades esofágicas

Autor: María Rosa Estefanía Aedo-Garcés. Coautores: Arturo Meixueiro-Daza, Eli de la Cruz-Patiño, Miguel Ángel Zavala-González, Job Reyes-Huerta, Federico Roesch-Dietlen y José María Remes-Troche

Antecedentes: En la detección, escrutinio y vigilancia de enfermedades esofágicas, la endoscopia convencional se considera el estándar de oro. Sin embargo, este procedimiento requiere de sedación, su costo es elevado y su disponibilidad puede ser limitada. El uso de procedimientos endoscópicos por vía transnasal sin sedación ha demostrado ser útil. El E.G. Scan® es un nasofibroscopio flexible, portátil y desechable, no requiere sedación y ha demostrado ser tolerable, rápido y sencillo. Sin embargo, hasta el momento no existe ningún estudio que haya evaluado la certeza diagnóstica de esta nueva tecnología.

Objetivo: Evaluar la utilidad diagnóstica de la esofagoscopia transnasal con E.G. Scan, en comparación con la endoscopia convencional.

Materiales y métodos: De forma prospectiva se invitó a participar a sujetos que fueron referidos al IIMB UV para realización de endoscopia superior. A todos, previo ayuno de 8 horas y anestesia nasal tópica, se les realizó la endoscopia transnasal con el E.G. Scan (Mirocam, Seúl, Corea). Este dispositivo consta de 3 partes: una pantalla táctil LCD, un controlador y una sonda desechable. La sonda tiene 3,6 mm de calibre, en su extremo distal hay una cápsula óptica de 6 mm, con ángulo visual de 125° y con 4 LED de luz blanca. La cápsula transmite al monitor imágenes y/o video, con resolución de 400x400 pixeles. Posterior a la realización del E.G. Scan los pacientes fueron sometidos a endoscopia convencional con sedación. Se describieron los hallazgos detectados por el E.G. Scan y se calcularon la certeza diagnóstica, sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y el índice de Kappa para ERGE erosiva, Barrett, hernia hiatal y varices.

Resultados: Se evaluó a 96 pacientes (54 mujeres), edad promedio de 50,12 años (14 a 79). En todos los casos fue posible realizar la esofagoscopia con E.G. Scan. El tiempo promedio de realización fue 5 minutos. En todos los casos se evaluó la unión escamocolumnar, en 43,00% se visualizó el píloro y en 36,00% se alcanzó duodeno. Se detectaron 58 alteraciones en esófago (20 varices, 13 ERGE erosivas, 13 hernias hiatales, 8 Barrett, 2 adenocarcinomas, angiodisplasia en un caso y mucosa heterotópica en otro), 49 alteraciones gástricas (18 gastritis por hipertensión portal, 28 gastropatía biliar, 3 otros) y 13 alteraciones duodenales (9 duodenitis, 2 enfermedades celiacas, una úlcera duodenal y angiodisplasia en un caso). La certeza diagnóstica del E.G. Scan comparado con la endoscopia se muestra en la tabla 1. Los coeficientes de Kappa fueron: hernia hiatal 0.32, ERGE erosiva 0.409, Barrett 0.617, varices esofágicas 0.909, gastritis por hipertensión portal 0.57.

Conclusiones: La esofagoscopia con E.G. Scan es una prueba bien tolerada, rápida y con una excelente certeza diagnóstica para varices esofágicas y esófago de Barrett cuando se compara con endoscopia. Aunque está diseñada para la evaluación del esófago, se puede visualizar el píloro y duodeno en cerca del 40,00% de los casos. Su única limitante es la incapacidad para tomar biopsia.

Tabla 1.

	Prevalencia	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	Certeza
ERGE erosiva	30,00%	45,00%	91,00%	68,00%	79,00%	77,80%
Barrett	12,50%	67,00%	95,00%	67,00%	96,00%	92,00%
Várices esofágicas	22,00%	95,00%	97,00%	91,00%	98,00%	97,00%