ISSN 0716-8594
E-ISSN 0719-6822

Gastroenterología Latinoamericana

Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Gastroenterología

Suplemento / Supplement

52.º Congreso Nacional de Gastroenterología – 2026

Resúmenes de trabajos libres

Free paper abstracts

Contenido / Contents

- Presentación del congreso
- Presentaciones orales plenarias / *Plenary oral presentations*
- Presentaciones orales / *Oral presentations*
- E-pósters / *E-posters*

Gastroenterología Latinoamericana

Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Gastroenterología

EDITOR JEFE

Carlos Rueda, MD
Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile.

CO-EDITORES

Alex Arenas, MD
Hospital Sótero del Río

César Serrano, MD
Hospital Padre Hurtado

Esteban Parra-Valencia, MD
Hospital Las Higueras. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

EDITORES HONORARIOS

Pedro Llorens, MD
Universidad de Chile. Clínica Tabancura, Santiago, Chile.

COMITÉ EDITORIAL

Juan Carlos Weitz, MD
Instituto de Diagnóstico Gastroenterológico. Integramédica, Santiago, Chile.

Rodrigo Quera, MD
Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Manuel Álvarez, MD
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Marco Arrese, MD
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Zoltán Berger, MD, PhD
Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Norberto Chávez, MD
Clínica de Enfermedades Digestivas y Obesidad. Fundación Clínica Médica Sur, Ciudad de México, México.

Eduardo Fassio, MD
Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Sandra Hirsch, MD, MSc
Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile. Clínica Santa María, Santiago, Chile.

Patricio Ibáñez, MD
Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile.

Félix Lluis, MD, PhD
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

Santiago Muñoz, MD, FACP, FACG
Liver Transplant Program. Temple University School of Medicine, Filadelfia, EE.UU.

Alex Navarro, MD
Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Carolina Pavez, MD
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Álvaro Piazze, MD
Unidad Docente Asistencial, Centro Hepato-bilio-pancreático, Hospital Militar, Montevideo, Uruguay.

Jorge Rakela, MD, MACP
Mayo Clinic College of Medicine. Mayo Clinic Arizona, Scottsdale, EE.UU.

Miquel Sans, MD, PhD
Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona, España.

Alejandro Soza, MD
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Hugo Vargas, MD, FACP, AGAF, FACG
Mayo Clinic College of Medicine. Mayo Clinic Arizona, Phoenix, EE.UU.

Rodrigo Zapata, MD
Gastroenterología y Hepatología. Clínica Alemana / Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Herbert Burgos, MD
Centro OMG, San José, Costa Rica.

Miguel Tanimoto, MD
Instituto Nacional de la Nutrición, Ciudad de México, México.

Fabián Juliao, MD
Instituto Gastroclínico, Medellín, Colombia.

Claudio Rolin Texeira, MD
Porto Alegre, Brasil.

Asadur Tchekmedyan, MD
WEO President, Montevideo, Uruguay.

SUPLEMENTO
Vol 37, Suplemento 1, 2026. 52.º Congreso Nacional de Gastroenterología – 2026. Resúmenes de trabajos libres.

FECHA DE PUBLICACIÓN
13 de noviembre de 2026

ISSN
Impreso: 0716-8594 · Electrónico: 0719-6822

SITIO WEB
https://gastrolat.org/

CÓMO CITAR UN RESUMEN
Autores. Título del resumen. Gastroenterología Latinoamericana 2026;37(Supl. 1):página. https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-NNN

LICENCIA
© 2026 Los autores. Publicado bajo licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0), en nombre de la Sociedad Chilena de Gastroenterología.

RESPONSABILIDAD
Los resúmenes se publican tal como fueron enviados por los autores y aceptados por el comité científico del congreso. Las opiniones expresadas son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Presentación

Gastroenterología Latinoamericana publica en este suplemento los resúmenes de los trabajos libres presentados en el 52.º Congreso Nacional de Gastroenterología – 2026. Reúne 121 trabajos —presentaciones orales plenarias, presentaciones orales y e-pósters— que fueron evaluados y aceptados por el comité científico del congreso.

Los trabajos abarcan las principales áreas de la especialidad, entre ellas hepatología, enfermedad inflamatoria intestinal, endoscopia, enfermedades pancreatobiliares, neurogastroenterología y oncología digestiva. Proceden de centros públicos y privados de todo el país y de la región, y muestran tanto la investigación clínica como la traslacional que se desarrolla en Latinoamérica.

Cada resumen se publica con su propio DOI para que pueda citarse y encontrarse de forma independiente. Los textos se reproducen tal como fueron enviados por los autores; la revista solo ha unificado su formato.

Agradecemos a los autores, a los evaluadores y al comité organizador del congreso su trabajo y su compromiso con la difusión del conocimiento en gastroenterología.



Dr. Carlos Rueda Quintero
Editor Jefe
Clínica Alemana de Santiago
Santiago, Chile

Índice

Contents

Presentación 3

Presentaciones orales plenarias

#19 DIFERENCIAS REGIONALES EN PATRONES DIETARIOS Y SÍNTOMAS POSPRANDIALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE · CHRISTIAN VON MUHLENBROCK PINTO et al. 7

#23 EFECTO DE LA OPTIMIZACIÓN PRECOZ DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL GRAVE. ESTUDIO MULTICENTRICO ALEATORIZADO · CRISTIAN HERNÁNDEZ ROCHA et al. 8

#24 KLF7 SE ASOCIA A UN PROGRAMA TRANSCRIPTÓMICO · TAMARA PEREZ JELDRES et al. 8

#48 VARIABILIDAD INTRA-SESIÓN DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN 2.572 EXÁMENES: FUNDAMENTO PARA EXTENDER EL UMBRAL DE CAMBIO DE 30% A TODAS LAS ETIOLOGÍAS · NICOLÁS ORTIZ-LÓPEZ et al. 9

#103 VALIDACIÓN PANCONTINENTAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA ASISTIDA POR IA PARA LESIONES VASCULARES Y RESTOS HEMÁTICOS EN LA HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO. · JAVIER URIBE MONASTERIO et al. 10

#111 RECLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA Y RIESGO DE FIBROSIS EN SUBTIPOS DE ESTEATOSIS HEPÁTICA: COHORTE LATINOAMERICANA MULTICÉNTRICA · FEDRA MARÍA QUINTERO ORTIZ et al. 11

Presentaciones orales

#2 CARGA HOSPITALARIA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN CHILE MEDIANTE GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD). · CAROLINA FIGUEROA CORONA et al. 12

#3 INTERVENCIÓN BILIAR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN ÍNDICE, · CAROLINA FIGUEROA CORONA et al. 12

#7 AMOXICILINA AJUSTADA AL PESO ASOCIADA A TEGOPRAZÁN: ESTRATEGIA INDIVIDUALIZADA PARA ERRADICAR HELICOBACTER PYLORI EN COHORTE PROSPECTIVA · JOSE DAVID GUZMAN GUZMAN et al. 13

#8 RESPUESTA CLÍNICA Y MANOMÉTRICA A ACOTIAMIDA EN REFLUJO GASTROESOFÁGICO REFRACTARIO CON MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA · FREDDY ENRIQUE SQUELLA BOERR et al. 14

#12 COMPARACION DIAGNOSTICA ENTRE BIOPSIA GASTRICA Y PRUEBA DE UREASA PARA LA DETECCION DE HELICOBACTER PYLORI: IMPLICANCIA EN LA PRACTICA CLINICA · CAMILA MENDOZA NUÑEZ et al. 14

#13 ELASTOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA PARA LA ESTRATIFICACIÓN NO INVASIVA DE HIPERTENSIÓN PORTAL · GONZALO ERNESTO CÁRDENAS LOGUERCIO et al. 15

#17 NEUROGASTROENTEROLOGÍA EN EL PREGRADO DE MEDICINA: ESTUDIO TRANSVERSAL DE LAS COMPETENCIAS PERCIBIDAS Y LA NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN · JOSE JOAQUIN PEREZ et al. 15

#18 ¿SOBREDIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR? CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS · CHRISTIAN VON MUHLENBROCK PINTO et al. 16

#25 ALTERACIONES INMUNITARIAS DE LA MUCOSA INTESTINAL EN LA · NICOLAS ORTIZ-LÓPEZ et al. 17

#27 INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN ATENCIÓN PRIMARIA: RESULTADOS DE UNA ESTRATEGIA COMUNAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO. · EDUARDO ANDRÉS SEGOVIA VERGARA et al. 17

#29 IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA PREPARACIÓN INTESTINAL EN COLONOSCOPÍA: COHORTE AMBULATORIA CON ANÁLISIS POR SEGMENTO · ALEJANDRO ENRIQUE PEDRAZA MAYORGA et al. 18

#30 ESTUDIO PILOTO DE TERAPIA DUAL FEXUPRAZÁN-AMOXICILINA PARA LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN UN CENTRO DE ATENCION TERCIARIA CHILENO · ADA CASCONE SCARPATI et al. 18

#31 REPRODUCIBILIDAD DE LA ESCALA DE BARCELONA PARA EVALUAR LIMPIEZA MUCOSA EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: ESTUDIO MULTICENTRICO HISPANOAMERICANO · RAUL ARAYA JOFRE 19

#34 CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL CON FIT CUANTITATIVO EN 6.043 PACIENTES ASINTOMÁTICOS DEL PRENEC OSORNO · MAURICIO LEONARDO CÁCERES PÉREZ et al. 19

#42 CONCORDANCIA ENTRE ELF Y FIBROSCAN PARA FIBROSIS POR MASLD SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL: ESTUDIO PILOTO EN CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES · PABLO RUBILAR ARAYA et al. 19

#45 EFECTO DEL ÁCIDO LINOLEICO SOBRE LA RESISTENCIA A LA INSULINA Y MARCADORES DE SALUD HEPÁTICA EN HUMANOS Y RATONES · LONI BERKOWITZ FIEBICH et al. 20

#47 LA PÉRDIDA DE PESO MEJORA LA RIGIDEZ HEPÁTICA Y LA ESTEATOSIS EN MASLD: VALIDACIÓN DEL CRITERIO DE BAVENO VIII EN UNA COHORTE CHILENA · NICOLÁS ORTIZ-LÓPEZ et al. 20

#49 FIB-4 NORMAL NO EXCLUYE FIBROSIS AVANZADA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS · FRANDO RODOLFO BORTOLAMEOLLI VILLAVICENCIO et al. 21

#53 ECOGRAFÍA, TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA FRENTE A LA ELASTOGRAFÍA: LA OBESIDAD GRAVE ANULA LA CAPACIDAD DE LA ECOGRAFÍA PARA DETECTAR ESTEATOSIS Y EL RÓTULO DE DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO ES MUY INESPECÍFICO PARA ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA AVANZADA. · ÁLVARO URZÚA MANCHEGO et al. 22

#55 COMPORTAMIENTO LONGITUDINAL DE LA RIGIDEZ HEPÁTICA EN HEPATITIS AUTOINMUNE: EL DESCENSO SE CONCENTRA EN LOS PACIENTES CON · ÁLVARO URZÚA MANCHEGO et al. 22

#59 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MEDIANTE CUESTIONARIO IMPACT III · CONSUELO ZEC GARCÍA et al. 23

#60 LA CARGA METABÓLICA, Y NO LA ESTEATOSIS MEDIDA POR CAP, SE ASOCIA A FIBROSIS SIGNIFICATIVA EN HEPATITIS AUTOINMUNE Y COLANGITIS BILIAR PRIMARIA. · ÁLVARO URZÚA MANCHEGO et al. 23

#61 DESARROLLO Y CARACTERIZACIÓN DE ORGANOIDES HEPÁTICOS HUMANOS A PARTIR DE TEJIDO HEPÁTICO · VALENTINA PAZ FUENTES VALENZUELA et al. 24

#62 COBERTURA DE INMUNIZACIÓN EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO. · MIGUEL BONILLA FIGUEREDO et al. 24

#64 CARACTERIZACIÓN DE LOS GASTROENTERÓLOGOS DE ADULTOS EN CHILE Y SU DISTRIBUCIÓN ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO · JUAN CARLOS SAID ROJAS et al. 24

#66 FACTORES PRONÓSTICOS DE EVOLUCIÓN CLÍNICA DESFAVORABLE EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA COHORTE DE CASOS INCIDENTES · FRANCISCO VILLARREAL ROJAS et al. 25

#67 SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: DISOCIACIÓN CLÍNICO-INFLAMATORIA Y EXPLORACIÓN GENÉTICA · CAMILA SANDOVAL SANDOVAL et al. 26

#69 AGREGACIÓN FAMILIAR DE FIBROSIS EN ENFERMEDAD POR ESTEATOSIS HEPÁTICA EN AMÉRICA LATINA · NATALIA ANDREA BAEZA RADMILOVIC et al. 27

#72 ALTA SEROPREVALENCIA DE HEPATITIS B Y POLIMORFISMOS DE INTERFERÓN LAMBDA 3 EN MIGRANTES HAITIANOS EN CHILE · JAVIER PÉREZ VALENZUELA et al. 27

#73 FIBROSIS AVANZADA EN PACIENTES JÓVENES CON ESTEATOSIS HEPATICA METABÓLICA: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y GENÉTICA DE UNA COHORTE CHILENA · LARISSA ALEMAN FRANCO et al. 28

#77 MAYOR ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SE ASOCIA CON MENOR FIBROSIS HEPÁTICA EN AMÉRICA LATINA · MARIA AYALA VALVERDE et al. 29

#81 NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL RESECADA: DE LA · DANIELA ANDREA PUENTES ROBINSON et al. 29

#82 Anticuerpos antinucleares específicos de CBP y fenotipo clínico en colangitis biliar primaria: experiencia de un centro chileno · MARIA CLARA CORNEJO AGUILERA et al. 30

#83 REACCIONES ADVERSAS A ANTI-TNF EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO CHILENO · DANA KARINA CAMHI KRAUSZ et al. 31

#84 IMPACTO PROANGIOGÉNICO Y MIGRATORIO DE VESÍCULAS · BELÉN ALMENDRA MUÑOZ FUENTES et al. 31

#85 TERAPIA AVANZADA COMBINADA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO · CAROLIN NAVA PEREZ et al. 32

#87 ELASTOGRAFÍA ESPLÉNICA EN LA EVALUACIÓN NO INVASIVA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL: EXPERIENCIA DE UNA COHORTE BICÉNTRICA CHILENA · ADA CAROLINA CASCONE SCARPATI et al. 32

#91 ALTA SEROPROTECCIÓN CON ESQUEMA ACELERADO DE VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B EN MIGRANTES HAITIANOS EN CHILE · JAVIER PÉREZ VALENZUELA et al. 33

#93 MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL: ENFERMEDAD VASCULAR PORTO-SINUSOIDAL (PSVD) EN UNA COHORTE CHILENA · ADA CAROLINA CASCONE SCARPATI et al. 33

#99 TERAPIAS INCRETÍNICAS, RETENCIÓN GÁSTRICA Y VISUALIZACIÓN ENDOSCÓPICA EN ADULTOS CON SOBREPESO U OBESIDAD SIN DIABETES · JOSE DAVID GUZMAN GUZMAN et al. 34

#104 VALIDACIÓN PANCONTINENTAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA ASISTIDA POR IA PARA ÚLCERAS Y EROSIONES DE INTESTINO DELGADO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN · JAVIER URIBE MONASTERIO et al. 35

#105 DESARROLLO Y VALIDACIÓN INTERNA DE UN MODELO DIAGNÓSTICO NO INVASIVO DE HEPATITIS AUTOINMUNE · MARIA CATALINA BARROS CASTILLO et al. 36

#106 CYCLING DE ANTI-TNF EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: IMPACTO CLÍNICO, HOSPITALIZACIONES Y COSTOS BAJO LEY RICARTE SOTO · EDITH PAOLA PÉREZ DE ARCE OÑATE et al. 36

#107 CONSUMO DE ALCOHOL Y MORTALIDAD EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE: COHORTE RETROSPECTIVA EN CHILE · DAYAN CHACÓN MORAO et al. 37

#109 RIESGO DE CÁNCER PANCREÁTICO EN VIGILANCIA DE NEOPLASIA INTRADUCTAL PAPILAR MUCINOSA: COHORTE MULTICÉNTRICA UNIVERSITARIA EN SANTIAGO, CHILE · RENATA FRANCISCA FARÍAS SIEL et al. 38

#112 COLITIS MICROSCÓPICA EN CHILE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO · RENATA FRANCISCA FARÍAS SIEL et al. 38

#113 MORTALIDAD EN PACIENTES CON GASTROSTOMIA POST ATAQUE CEREBROVASCULAR: ANÁLISIS DE SU DINÁMICA TEMPORAL · CAMILA DIEZ ZÚÑIGA et al. 39

#119 PATRONES DE FALLA ORGÁNICA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADA INGRESADOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS · MIGUEL ALONSO BUSTAMANTE CARTAGENA et al. 39

#120 RECURRENCIA DE HEPATITIS C TRAS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA: REINFECCIÓN Y RECAÍDA EN HOSPITAL TERCIARIO CHILENO. · THERIUS GELIN et al. 40

#121 FACTORES TEMPRANOS ASOCIADOS A FALLA A CORTICOIDES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR CRISIS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL · FRANCISCA GRANDÓN ROMERO et al. 41

#122 EXTRACCIÓN AUTOMATIZADA DE INDICADORES DE CALIDAD EN · ALEJANDRO PEDRAZA MAYORGA et al. 41

E-pósters

#1 CARGA HOSPITALARIA Y DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LAS · CAROLINA FIGUEROA CORONA et al. 43

#4 PLASMA RICO EN PLAQUETAS ACTIVADO COMO ADYUVANTE A LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA EN ESTENOSIS ESOFÁGICAS BENIGNAS · JOSE DAVID GUZMAN GUZMAN et al. 43

#5 RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y SEGURIDAD DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN SOSPECHA DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO · LUIS ALFREDO VELEZ VIZCAINO et al. 44

#6 LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES DETECTADAS POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN SOSPECHA DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO · LUIS ALFREDO VELEZ VIZCAINO et al. 45

#9 EVALUACIÓN DE PÉRDIDA OPERACIONAL Y SUSPENSIÓN DE ENDOSCOPÍA DIGESTIVA ALTA SEGÚN RÉGIMEN ASISTENCIAL EN HOSPITAL PÚBLICO · FRANCISCO SEBASTIAN VIGUERAS GONZÁLEZ et al. 45

#10 ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA FUERZA MUSCULAR, INFLAMACIÓN INTESTINAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL · DIEGO IGNACIO CERNA MARTÍNEZ 46

#11 MORBILIDAD Y MORTALIDAD POST-TRASPLANTE HEPÁTICO SEGÚN PRIORIZACIÓN POR ACLF, FALLA FULMINANTE Y MELD EN CENTRO DE REFERENCIA · JUAN CARLOS BAUTISTA MOLLO et al. 46

#14 DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR EN HEMORRAGIA VARICEAL: UNA DÉCADA DE CAMBIOS EN INDICACIONES Y RESULTADOS CLÍNICOS · LUIS ÁNGEL SUBERO SILVA et al. 47

#15 TIEMPO DE TRÁNSITO OROCECAL EN PACIENTES OBESOS · CHRISTIAN VON MUHLENBROCK PINTO et al. 47

#16 MANEJO TERAPÉUTICO, FACTORES PRECIPITANTES Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA CRISIS DE COLITIS ULCEROSA EN ADULTOS HOSPITALIZADOS · MOISÉS AARÓN OROPEZA HERNÁNDEZ et al. 48

#20 IMPACTO VITAL DEL TIPS EN LA CIRROSIS DESCOMPENSADA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE · LUIS ÁNGEL SUBERO SILVA et al. 48

#21 ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA POR RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA · GONZALO ERNESTO CÁRDENAS LOGUERCIO et al. 49

#22 ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN ADULTOS MAYORES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS EN UN CENTRO TERCIARIO CHILENO · MARÍA GABRIELA CABALLERO QUINTANA et al. 50

#26 CARGA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: MAPEO, DETERMINANTES SOCIALES, IMPLICACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA EN CHILE · IESHAAN KUMAR et al. 50

#28 IMPACTO DEL TAMAÑO DE LA LITIASIS PANCREÁTICA EN LA COMPLEJIDAD Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO · EDUARDO ANDRÉS SEGOVIA VERGARA et al. 51

#32 DISPARIDADES EN LA ATENCIÓN EN LA COLITIS ULCEROSA: COMPARACIÓN MULTICENTRICA ENTRE SECTORES PÚBLICOS Y PRIVADOS · IESHAAN KUMAR et al. 51

#33 HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y TEST DE UREASA EN 1.006 ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS DEL VALLE DEL ACONCAGUA · CÉSAR ANTONIO ORELLANA ROZAS et al. 52

#35 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, BIOQUÍMICA E INMUNOLÓGICA DE SÍNDROMES DE SOBREPOSICIÓN HEPÁTICOS AUTOINMUNES, CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. · CATALINA ANTONIA ROA VALENZUELA et al. 52

#36 SEDACIÓN ENDOSCÓPICA CON REVERSIÓN MEDIANTE FLUMAZENIL: RESULTADOS DE UNA COHORTE DE 258 PACIENTES · CÉSAR ANTONIO ORELLANA ROZAS et al. 53

#37 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y BIOQUÍMICA DE UNA COHORTE DE HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA EN UN CENTRO CHILENO · MARIA FRANCISCA REYES GAJARDO et al. 53

#39 CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON GAUCHER EN CENTRO DE REFERENCIA · FRANCISCO TOMÁS SÁEZ CORREA et al. 54

#40 COMPARACIÓN DE MÉTODOS DE PREPARACIÓN INTESTINAL (IZINOVA, PICOPREP Y POLIETILENGLICOL) SEGÚN LA ESCALA DE BOSTON EN COLONOSCOPÍAS. · ALEJANDRO ENRIQUE PEDRAZA MAYORGA et al. 54

#41 SEGURIDAD DE LA SEDACIÓN MODERADA PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON OBESIDAD SEVERA · STEFANO RAMOLFO PACHECO et al. 55

#43 RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL LIVERRISK SCORE PARA LA DETECCIÓN DE RIGIDEZ HEPÁTICA ELEVADA EN UNA COHORTE EVALUADA CON · ESTEBAN MAURICIO PARRA-VALENCIA et al. 55

#44 Asociación dosis-dependiente entre el polimorfismo PNPLA3 rs738409 y fibrosis avanzada en enfermedad hepática esteatósica y no esteatósica en Chile · GUSTAVO AYARES CAMPOS 56

#46 DESARROLLO DE UN DISPOSITIVO POR IMPRESIÓN 3D PARA OPTIMIZAR EL ENSAYO DE SACO INTESTINAL EVERTIDO · JOHANA EYZAGUIRRE VELASQUEZ et al. 56

#50 PRESENCIA DEL ANTICUERPO ANTI RO-52 AISLADO Y SU ROL EN EL DIAGNÓSTICO EN LAS HEPATOPATÍAS AUTOINMUNES. ALGO PARA NO IGNORAR · FRANCO RODOLFO BORTOLAMEOLLI VILLAVICENCIO et al. 57

#51 BRECHAS DE COBERTURA EFECTIVA EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO EN LOS SERVICIOS DE SALUD CHILENOS 2010-2024: UN ESTUDIO ECOLÓGICO · RENÉ LAGOS BARRIOS et al. 57

#52 MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE CHILENA · VANESSA MACARENA GÓMEZ GUERRA et al. 58

#54 FALLA PRIMARIA Y SECUNDARIA DE LA TERAPIA ANTI-TNF EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL REGIONAL CHILENO · GONZALO ANDRÉS HENRÍQUEZ CONCHA et al. 59

#56 "EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PRETRASPLANTE HEPÁTICO MEDIANTE GAMMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA Y SU ASOCIACIÓN CON EVENTOS CARDIOVASCULARES POSTOPERATORIOS" · PALOMA PEÑA GONZÁLEZ et al. 60

#57 LA SONDA XL PERMITE UNA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA FIABLE EN · NICOLÁS ORTIZ-LÓPEZ et al. 60

#58 PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA EDUCACIÓN Y EL · LILIAN FLORES PÉREZ. et al. 61

#63 SÍNDROME VARIANTE DE HEPÁTITIS AUTOINMUNE- COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN EL SUR DE CHILE: DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN · DANIELA CAROLINA GARCÍA NICULQUEO et al. 61

#65 CARACTERIZACIÓN DE PÓLIPOS SERRADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO TERCIARIO: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS · FERNANDO ROMÁN ORTEGA et al. 62

#68 TRASPLANTE HEPATICO EN FALLA HEPATICA AGUDA. HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO. · KATRINA LOLAS TORNQUIST et al. 62

#70 SERIE DE CASOS DE HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: RESULTADOS PRELIMINARES · EDUARDO MAURELIA ELGUETA et al. 63

#71 ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA POSTERIOR A TIPS: RELEVANCIA DEL TIPO DE ENCEFALOPATÍA PREVIA Y LA SEVERIDAD BASAL DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA · LARISSA ALEMAN FRANCO et al. 63

#74 PLASMAFÉRESIS COMO TERAPIA DE RESCATE DEL PRURITO REFRACTARIO EN EL SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN HAI/CBP: EXPERIENCIA HOSPITAL DEL SALVADOR · CLAUDIO ANTONIO JORQUERA ARREDONDO et al. 64

#75 SWITCH DE INFLIXIMAB IV A SC EN CROHN: CALIDAD DE VIDA Y CONTROL PERCIBIDO · KARINA LUCERO ZEGERS et al. 64

#76 ASOCIACIÓN DE AUTOANTICUERPOS ANTINUCLEARES Y ANTI-MÚSCULO LISO Y FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA METABÓLICA · PAULINA BELÉN BENÍTEZ OYARCE et al. 65

#78 RESULTADOS DE LA SEDACIÓN EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS DIGESTIVOS CON PROPOFOL POR PERSONAL NO ANESTESIÓLOGO. · MAGDALENA FRANCISCA HERNÁNDEZ ARJONA et al. 66

#79 18F-FDG PET/CT ante la sospecha diagnóstica y evaluación de extensión del cáncer gastroesofágico: experiencia de un Hospital Universitario · MATIAS DEVIA GUERRERO et al. 66

#80 LA RIGIDEZ HEPÁTICA BASAL NO PREDICE RESPUESTA BIOQUÍMICA COMPLETA EN HAI SIN TRATAMIENTO PREVIO · LEONARDO CALABRANO DELIS et al. 66

#86 FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS Y ASCITIS REFRACTARIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE CHILE · HORACIO MIGUEL TORRES QUITRAL et al. 67

#88 COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA: REVISIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE 14 AÑOS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO · MATIAS RIOS DIAZ et al. 67

#89 Perfil clínico y mortalidad de pacientes con enfermedad hepática crónica descompensada y ACLF en una Unidad de Tratamientos Intermedios de un hospital público chileno · CONSTANZA ALEJANDRA OROZCO SOTO et al. 68

#90 INHIBIDORES JANUS KINASAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA LOCAL EN UN CENTRO TERCIARIO DE CHILE · CAROLIN NAVA PEREZ et al. 68

#92 EXPERIENCIA REAL CON ANÁLOGOS DE GLP-1 EN ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA: COHORTE PILOTO CHILENA · PABLO RUBILAR ARAYA et al. 69

#94 ENCUESTA EN EL MUNDO REAL SOBRE EL USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS ANTI-TNF Y MEDICAMENTOS OFF-LABEL EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA · CONSUELO ZEC GARCÍA et al. 69

#95 EXPERIENCIA DE VIDA REAL CON USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL SUR DE CHILE. · CARLOS VALDEBENITO URIBE et al. 70

#96 COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CARACTERIZACIÓN Y COMPLICACIONES EN UN CENTRO · MATIAS RIOS DIAZ et al. 70

#97 VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS MEJORAN EL RENDIMIENTO DE SCORES MANOMÉTRICOS PARA DIAGNOSTICAR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO · NATALIA ANDREA MESÍAS CABAÑAS et al. 71

#98 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE AGONISTAS DE GLP-1 EN MASLD: ENCUESTA NACIONAL A GASTROENTERÓLOGOS Y RESIDENTES EN CHILE · ADA CAROLINA CASCONE SCARPATI et al. 72

#100 SEMAGLUTIDE SEMANAL Y CAMBIOS EN LA RIGIDEZ HEPÁTICA EN PACIENTES CON PREDIABETES O DIABETES MELLITUS TIPO 2 · CAROLINA BRAVO RIVERA et al. 72

#101 FACTORES ASOCIADOS A RETIRO EXITOSO DE GASTROSTOMIA EN PACIENTES CON DISFAGIA POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. · LUIS ARNALDO MÉNDEZ ALCAMAN et al. 73

#102 INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL · MATIAS RIOS DIAZ et al. 74

#108 EVALUACIÓN DE LESIONES SUBEPITELIALES GASTROINTESTINALES MEDIANTE ENDOSONOGRAFÍA Y BIOPSIA CON AGUJA FNB: EXPERIENCIA EN 565 CASOS. · JAVIER PÉREZ VALENZUELA et al. 74

#110 PANCREATITIS AUTOINMUNE ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: FENOTIPOS Y EVOLUCIÓN EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA CHILENA · CAROLIN NAVA PEREZ et al. 75

#114 COLEDOCOLITIASIS EN 100 PACIENTES: PRESENTACIÓN CLÍNICA, MANEJO Y COMPLICACIONES · JOSEFINA ARELLANO ROJAS et al. 75

#115 UPADACITINIB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL · ROLANDO SEPÚLVEDA CORTÉS et al. 76

#116 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN POST-TIPS EN PACIENTES CON CIRROSIS: COHORTE RETROSPECTIVA REALIZADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO. · THERIUS GELIN et al. 76

#117 MANEJO CLÍNICO DE LESIONES LI-RADS 4 EN DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO: FACTORES ASOCIADOS A LA DECISIÓN TERAPÉUTICA · LEONARDO CALABRANO DELIS et al. 77

#118 CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE SE REALIZAN PRUEBA DE AIRE ESPIRADO CON LACTULOSA EN CENTRO DE REFERENCIA · MARIA FERNANDA BARRA FRIZ et al. 78

Presentaciones orales plenarias

Plenary oral presentations

#19 ORAL PLENARIO NEUROGASTROENTEROLOGÍA

DIFERENCIAS REGIONALES EN PATRONES DIETARIOS Y SÍNTOMAS POSPRANDIALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

CHRISTIAN VON MUHLENBROCK PINTO[1], JAN TACK[2], TIM VANUYTSEL[2]
[1]UNIVERSIDAD DE LOS ANDES; [2]KU LEUVEN
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-001

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) presenta variabilidad regional en su expresión clínica. Aunque el dolor abdominal define el diagnóstico, la distensión abdominal podría contribuir de manera importante a la carga de enfermedad.

Objetivo: Comparar la frecuencia y gravedad de la distensión abdominal entre pacientes con SII de Asia-Pacífico y Occidente, y evaluar el papel de los síntomas posprandiales y los patrones dietarios en las diferencias regionales de la expresión clínica y su impacto en la calidad de vida.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico de adultos que cumplían criterios de Roma IV para SII, reclutados en 16 centros secundarios y terciarios de Europa, Asia y Oceanía (AEGIS Trial). Se evaluaron subtipo de SII, intensidad de dolor y distensión abdominal, IBS-SSS, calidad de vida específica para SII (IBS-QoL), ansiedad (GAD-7), depresión (PHQ-9), carga de síntomas somáticos (PHQ-15), desencadenantes dietarios y síntomas posprandiales. Las comparaciones regionales se realizaron mediante pruebas no paramétricas y chi-cuadrado. Los síntomas posprandiales y los desencadenantes alimentarios percibidos se registraron sistemáticamente durante las primeras 4 horas posteriores a la ingesta.

Resultados: De 1.074 participantes, 339 presentaron SII (31,6%), con menor proporción en Asia-Pacífico que en Occidente (20,9% vs. 40,9%; p=0,039). El SII con diarrea predominó en Asia-Pacífico, mientras que el SII mixto fue más frecuente en Occidente (p<0,05).

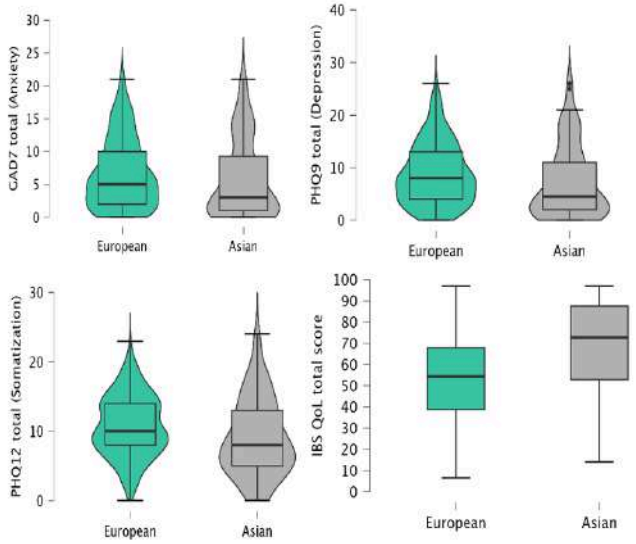
Los pacientes europeos presentaron mayor carga psicológica y puntajes IBS-SSS (p=0,029) (Figura 1). La intensidad del dolor fue similar entre regiones, pero la distensión abdominal fue más intensa en Occidente (p<0,001). La distensión se correlacionó más fuertemente con deterioro de la calidad de vida que el dolor (r=0,552 vs. 0,260; p<0,001). En Asia-Pacífico, los síntomas posprandiales se asociaron con patrones dietarios caracterizados por mayor consumo de lácteos, alimentos con gluten, café y bebidas gaseosas, junto con menor consumo de arroz (Tabla). En Occidente, estos patrones mostraron escasa variación según la presencia de síntomas posprandiales.

Conclusión: A pesar de utilizar criterios diagnósticos uniformes, el SII presenta diferencias fenotípicas entre regiones. La percepción de síntomas posprandiales se relaciona con el contexto dietario y cultural, mientras que la distensión abdominal mostró una asociación más estrecha con el deterioro de la calidad de vida que el dolor. Estos hallazgos respaldan un abordaje centrado en los síntomas y adaptado al contexto regional.

Palabras clave: Síndrome de intestino irritable; Distensión abdominal; Dolor abdominal; Calidad de vida.

Alimento	Asia – sin síntomas posprandiales	Asia – con síntomas posprandiales	Valor p (Asia)	Europa – sin síntomas posprandiales	Europa – con síntomas posprandiales	Valor p (Europa)
Productos lácteos	3,27	4,32	0,038	4,71	4,31	0,246
Carne	5,47	5,15	0,391	4,25	4,43	0,525
Pescado	2,58	2,56	0,964	1,71	1,64	0,654
Huevos	4,52	4,17	0,387	2,60	2,59	0,952
Verduras	5,72	5,63	0,813	5,36	5,49	0,596
Frutas	3,67	3,61	0,884	4,39	4,34	0,889
Alimentos con gluten	2,91	3,98	0,022	4,97	5,09	0,703
Pasta	2,19	1,98	0,619	2,72	2,61	0,631
Arroz	6,47	5,20	0,001	1,98	1,90	0,702
Soja	4,05	3,63	0,466	0,43	0,59	0,243
Legumbres	1,72	1,83	0,756	1,29	1,40	0,583
Tofu	1,39	1,49	0,760	0,20	0,26	0,584
Comida picante	2,30	2,32	0,966	0,79	0,53	0,098
Comida rápida	2,30	2,90	0,169	1,95	1,89	0,799
Café	1,47	4,17	<0,001	3,97	3,17	0,067
Bebidas gaseosas	0,80	1,56	0,014	2,31	2,37	0,870
Alcohol	0,33	0,51	0,389	1,12	1,02	0,628

Diferencias regionales en carga psicológica y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable.



#23 ORAL PLENARIO ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

EFECTO DE LA OPTIMIZACIÓN PRECOZ DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL GRAVE. ESTUDIO MULTICENTRICO ALEATORIZADO

CRISTIAN HERNÁNDEZ ROCHA[1], ROLANDO SEPÚLVEDA[2], PAULINA NÚÑEZ[3], RENÉ ROJAS[4], CAROLINA PAVEZ-OVALLE[1], CARLOS VALDEBENITO[5], BELÉN GIACAMAN[5], GONZALO PIZARRO[6], CAMILA ESTAY[4], SOFÍA PERNAS[1], IGNACIA SEPÚLVEDA[1], BASTY SANHUEZA[5], ROMINA FERNANDEZ[3], DANIELA SIMIAN[4], LILIAN FLORES[6], ANA VÁSQUEZ[7], DIANE R. MOULD[8], MANUEL ÁLVAREZ-LOBOS[1], TAMARA PÉREZ-JELDRES[1], ROBERTO CANDIA[1], LUIS ROJAS[9]

[1]Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Departamento de Medicina Interna, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile; [3]Hospital San Juan de Dios, Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile, Santiago, Chile; [4]Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile; [5]Unidad de Gastroenterología, Hospital Dr. Hernán Henríquez, Temuco, Chile; [6]Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [7]Departamento de Gastroenterología, Clínica Indisa, Santiago, Chile; [8]Projections Research Inc.; [9]Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-002

Introducción: Existe un alto aclaramiento de infliximab (IFX) durante la fase de inducción (FI) de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) grave lo cual se podría asociar a niveles séricos (NS) subóptimos y falla a terapia.

Objetivos: Evaluar si la monitorización y ajuste precoz de IFX durante la FI en pacientes graves con EII se asocia a mayores NS y mejor respuesta a la semana 14 (S14) de tratamiento.

Métodos: Pacientes adultos hospitalizados por crisis de EII refractaria a corticoides que inician terapia de rescate con IFX fueron prospectivamente reclutados en 6 centros terciarios públicos y privados. Participantes fueron aleatorizados 1:1 en bloques por centro y diagnóstico (Enfermedad de Crohn [EC] y Colitis Ulcerosa [CU]) a: 1) grupo de manejo proactivo (GMP) con mediciones de NS de IFX antes de la infusión 2 y 3 y ajuste de la dosis basados en NS de IFX y datos clínicos usando un software de modelamiento Bayesiano (iDOSE®); 2) grupo de manejo estándar (GME) sin medición precoz de IFX. En ambos grupos se midieron los NS de IFX a la S14 y se consideró un NS óptimo aquel 10 ug/ml (desenlace primario). Se recolectaron datos clínicos y de laboratorio basales y a la S14 incluyendo CDAI (para EC), score de Mayo clínico (para CU) y IBDQ32 para ambos. No respuesta primaria se definió como una reducción del CDAI 70 o del Mayo clínico 2 o proteína C reactiva >1mg/dl a la S14. Diferencias entre grupos se evaluaron usando test de Wilcoxon y Chi-cuadrado.

Resultados: 64 pacientes han sido reclutados y 47 han alcanzado la S14 (GMP = 23; GME = 24). Las características basales y diferencias entre grupos se reportan en la Tabla. La mediana de NS de IFX a la S14 fue de 10,5 vs 4,5 ug/ml en el GMP vs GME (p=0,03). Se han alcanzado NS óptimos de IFX en 13 (56,5%) pacientes en GMP y 6 (25,0%) en GME (p=0,04). Pacientes con NS óptimos a la S14 han tenido menor porcentaje de no respuesta primaria y mejor calidad de vida (Figura).

Conclusión: Un alto porcentaje de pacientes con EII grave tiene NS subóptimos de IFX al terminar la FI, los cuales se pueden optimizar con una monitorización y ajuste precoz de dosis, logrando mejor respuesta clínica. FONIS SA24I0002. Palabras claves: IBD; RCT; drug monitoring.

Figura. Porcentaje de pacientes con no respuesta primaria y puntaje IBDQ32 de calidad de vida de acuerdo con el grupo asignado (grupo manejo proactivo = GMP o grupo de manejo estándar = GME) y niveles óptimos de IFX (?10 ug/ml) a la semana 14 de tratamiento con infliximab.

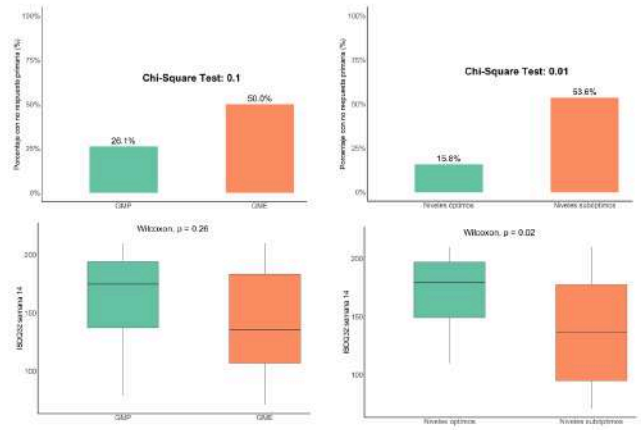


Tabla. Características basales y a la semana 14 de los pacientes totales que han alcanzado la semana 14 de seguimiento y estratificado por grupo asignado.

Tabla. Características basales y a la semana 14 de los pacientes totales que han alcanzado la semana 14 de seguimiento y estratificado por grupo asignado.

	Total (n = 47)	Manejo proactivo (n = 23)	Manejo estándar (n = 24)	p- value
Edad, años	36,0 (28-48)	35,0 (26-44)	40,5 (29-51)	0,3
Sexo, femenino	29 (61,7)	14 (60,9)	15 (62,5)	1
IMC, Kg/talla2	24,0 (21-26)	23,7 (21-25)	25,2 (21-27)	0,4
Tipo de enfermedad -Enfermedad de Crohn -Colitis ulcerosa	 18 (38,3) 29 (61,7)	 9 (39,1) 14 (60,9)	 9 (37,5) 15 (62,5)	1
Duración EII, años	2 (0-7)	1,0 (0-8)	2,0 (0,6-6)	0,7
MEI	18 (38,3%)	11 (47,8)	7 (29,2)	0,2
Fumador - Actual - Exfumador - Nunca	 1 (2,1) 14 (29,8) 32 (68,1)	 0 6 (26,1) 17 (73,9)	 1 (4,2) 8 (33,3) 15 (62,5)	0,6
Uso previo de 5-ASA	23 (48,9)	15 (65,2)	16 (66,7)	0,6
Uso previo de IMM	23 (48,9)	11 (47,8)	12 (50,0)	1
Uso previo de anti-TNF	12 (25,5)	4 (17,4)	8 (33,3)	0,3
Dosis de IFX - 5 mg/Kg - 10 mg/Kg	 33 (70,2) 14 (29,8)	 16 (69,6) 7 (30,4)	 33 (70,2) 14 (29,8)	1
Intervalo inducción - 0-2-6 - 0-1-4	 45 (95,7) 2 (4,3)	 22 (95,7) 1 (4,3)	 23 (95,8) 1 (4,2)	1
Terapia combinada	12 (25,5)	6 (26,1)	6 (25,0)	1
CDAI basal	283 (230-445)	276 (246-459)	290 (230-352)	1
Mayo clínico basal	7,0 (6-8)	6,5 (4-8)	7,0 (6-8)	0,4
IBDQ32 basal	92,0 (63-123)	92,0 (63-125)	90,5 (60-111)	0,9
Hemoglobina basal, g/dl	11,4 (9-12)	11,6 (9-13)	11,3 (9-12)	0,4
Proteína C reactiva basal, mg/dl	5,5 (1-11)	5,4 (1,5-10)	5,6 (2-10)	0,7
Albúmina basal, g/dl	3,5 (3-4)	3,6 (3-4)	3,4 (3-4)	0,3
CDAI semana 14	135 (37-230)	74 (29-202)	190 (75-262)	0,3
Mayo clínico semana 14	2,0 (0,5-3)	2,5 (0-3)	2,0 (1-3,5)	0,5
IBDQ32 semana 14	154 (121-188)	175 (137-194)	136 (107-184)	0,2
No respuesta primaria	18 (38,3)	6 (26,1)	12 (50,0)	0,1
Niveles de IFX óptimos (≥ 10ug/ml)	**19 (40,4)**	**13 (56,5)**	**6 (25,0)**	**0,04**

Variables continuas son expresadas como mediana (rango intercuartil Q1-Q3) y variables categóricas como frecuencia (%). IMC, índice de masa corporal; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; MEI, manifestaciones extraintestinales; 5-ASA, 5-aminosalicílicos; IMM, inmunomodulador; anti-TNF; anti-factor de necrosis tumoral; IFX, infliximab; CDAI, índice de actividad de la enfermedad de Crohn; IBDQ32, IBD Questionnaire-32.

#24 ORAL PLENARIO ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

KLF7 SE ASOCIA A UN PROGRAMA TRANSCRIPTÓMICO

TAMARA PEREZ JELDRES[1], IVANIA VALDES ARAYA[2], CRISTIAN HERNANDEZ ROCHA[2], ROBERTO SEGOVIA MELERO[2], CAROLINA PAVEZ OVALLE[2], ELISA HERNANDEZ CONTRERAS[2], RENATA FARIAS SIEL[2], ANDRES DE LA VEGA BUSTAMANTE[3], VERONICA SILVA FIGUEROA[3], ELIZABETH ARRIAGADA HERNANDEZ[3], LORENA AZOCAR LOPEZ[2], ERICK RIQUELME[2], SANTIAGO SEPULVEDA[2], MANUEL ALVAREZ LOBOS[2]

[1]Pontificia Universidad Catolica de Chile/Hospital San Borja Arriaran; [2]Pontificia Universidad Catolica de Chile; [3]Hospital San Borja Arriaran

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-003

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) presenta heterogeneidad molecular, y los cambios transcriptómicos entre mucosa sana, CU inactiva y activa permanecen incompletamente caracterizados.

Objetivos: Identificar programas transcriptómicos asociados a la actividad de la CU y caracterizar genes representativos de las principales transiciones moleculares de actividad mucosa de la CU.

Métodos: Se analizaron biopsias de mucosa colónica de una cohorte chilena mediante RNA-seq (CU activa n=9, CU inactiva n=11, controles n=10). Se realizó análisis de expresión diferencial (DESeq2) entre los tres grupos, enriquecimiento funcional, GSEA y redes de coexpresión (WGCNA). Los hallazgos asociados a KLF7 (factor de transcripción de la familia Krüppel-like), se evaluaron posteriormente en cohortes públicas independientes (GSE59071 y GSE92415), analizando su relación con actividad clínica y programas transcriptómicos estromales, inflamatorios y epiteliales.

Resultados: La actividad de la CU se asoció con activación progresiva de programas inflamatorios y de remodelación tisular; KLF7 fue el único gen diferencialmente expresado común a las 3 comparaciones, con incrementos progresivos según la actividad. WGCNA identificó módulos asociados a metabolismo, inflamación y remodelación tisular; KLF7 presentó alta conectividad dentro del módulo de remodelación, enriquecido en matriz extracelular, adhesión celular, señalización por factores de crecimiento e interacciones ECM-receptor. En la cohorte chilena y en cohortes independientes, KLF7 se asoció con la remodelación/EMT y contenido estromal; aumentó con la actividad clínica y su asociación con la actividad disminuyó tras ajustar por estroma (Figuras 1 y 2).

Conclusión: KLF7 aumentó progresivamente desde mucosa sana a CU inactiva y activa, siendo el único gen diferencial común a las 3 comparaciones. Su sobreexpresión progresiva y asociación con remodelación estromal sugieren una señal transcriptómica persistente vinculada al estado de actividad de la enfermedad. Hasta donde sabemos, dentro de la familia de factores de transcripción KLF, solo KLF6 ha sido vinculado a CU, y la identificación de KLF7 en cohortes independientes es novedosa.

Palabras clave: Colitis ulcerosa · Inflamación · Remodelación estromal

Figura 1. KLF7 y programa estromal/mesenquimal en la cohorte chilena. Actividad (A), programas (B), genes del panel (C), estroma (D), AUC crudo y ajustado (E), distribución de |?| (F).

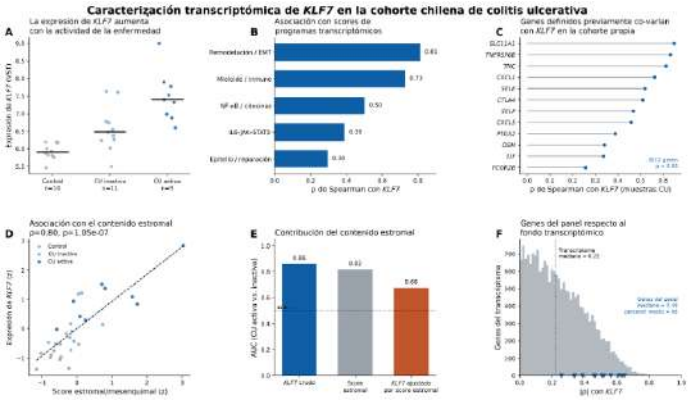
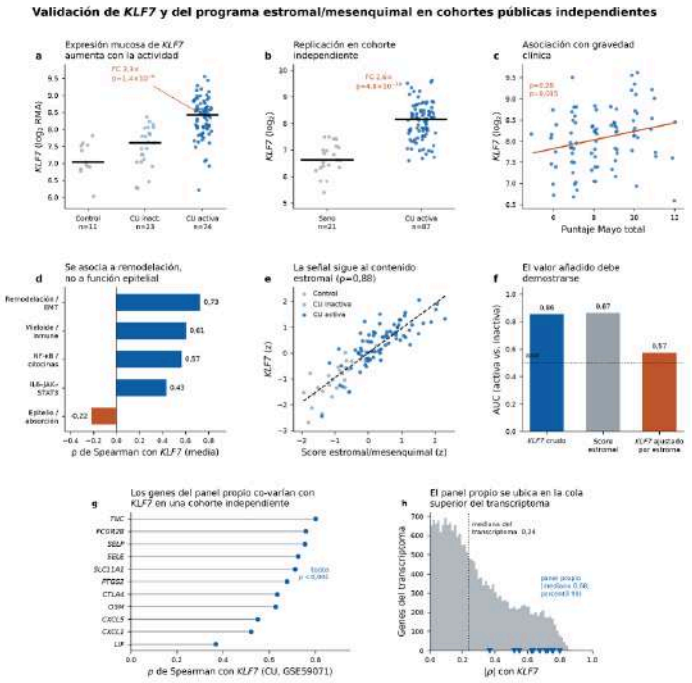


Figura 2. Validación en cohortes públicas independientes (GSE59071, GSE92415). Actividad y gravedad (a-c), programas (d), estroma (e), AUC (f), genes del panel (g-h).



#48 ORAL PLENARIO HEPATOLOGÍA

VARIABILIDAD INTRA-SESIÓN DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN 2.572 EXÁMENES: FUNDAMENTO PARA EXTENDER EL UMBRAL DE CAMBIO DE 30% A TODAS LAS ETIOLOGÍAS

NICOLÁS ORTIZ-LÓPEZ, JAIME PONIACHIK TELLER, MÁXIMO CATTANEO BUTELER, KATHERINE ROJAS ROMO, ÁLVARO URZÚA MANCHEGO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-004

Introducción: El consenso de Baveno VIII elevó de 20% a 30% el cambio relativo de la rigidez hepática considerado clínicamente relevante, pero restringió esa recomendación a la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y a la enfermedad hepática por alcohol (ALD). En el resto de las etiologías sigue vigente el umbral de 20%.

Objetivo: Cuantificar la variabilidad del examen repetido en la misma sesión y determinar si esa variabilidad difiere entre etiologías, lo que permitiría establecer si el umbral de 30% debiera aplicarse de forma universal.

Métodos: Registro prospectivo REDCap de todas las elastografías realizadas entre octubre de 2023 y agosto de 2026. En los pacientes que consintieron participar, se analizaron los 2.572 exámenes (2.218 pacientes) con dos series completas de mediciones obtenidas en la misma sesión, por el mismo operador y con la misma sonda. Se calcularon el coeficiente de correlación intraclase (CCI), los límites de acuerdo de Bland-Altman en escala logarítmica, la proporción de estudios cuya diferencia relativa superaba 20% y 30%, y los percentiles de dicha diferencia, globalmente y por etiología de derivación. La comparación entre etiologías se realizó con Kruskal-Wallis, chi-cuadrado y regresión logística ajustada por rigidez, IMC, sonda y dificultad técnica.

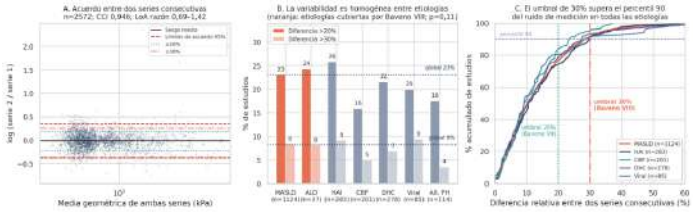
Resultados: El 99,9% de los exámenes cumplió un IQR/mediana 30%. Entre dos series consecutivas, la diferencia relativa mediana fue 10,4% (RIC 5,1–19,0), con un CCI de 0,946 y límites de acuerdo equivalentes a una razón de 0,69 a 1,42. La diferencia superó 20% en 23% de los exámenes y 30% en sólo 8,2%; el percentil 90 de la diferencia fue 28%. La categoría de fibrosis cambió en 11% de los estudios y el umbral de 10 kPa se cruzó en 3,4%. La variabilidad fue homogénea entre etiologías: la diferencia relativa mediana osciló entre

9,1% y 10,6% (Kruskal-Wallis p=0,51) y la proporción con diferencias superiores a 20% entre 15,9% y 25,8% (p=0,11), sin que la etiología aportara al modelo multivariado (p=0,13). Al agrupar las etiologías cubiertas por Baveno VIII (MASLD y ALD, n=1.161) frente a las restantes (n=1.411), los resultados fueron prácticamente idénticos: diferencia mediana 10,3% vs 10,5% (p=0,54), diferencias superiores a 20% en 23,1% vs 22,9% (p=0,95) y superiores a 30% en 8,4% vs 8,0% (p=0,81), con límites de acuerdo superponibles (0,69–1,43 vs 0,69–1,41). El único factor asociado a mayor discordancia fue la dificultad técnica del examen (OR 1,29; IC95% 1,02–1,63).

Conclusión: La variabilidad intra-sesión de la elastografía es considerable y no depende de la etiología: casi uno de cada cuatro exámenes muestra diferencias superiores a 20% al repetirse durante una misma sesión, de modo que el umbral clásico de 20% se sitúa dentro del ruido de medición en todas las enfermedades hepáticas. El umbral de 30% adoptado por Baveno VIII supera el percentil 90 de esa variabilidad en cada etiología analizada. Proponemos que el criterio de cambio relativo 30% se aplique no sólo en MASLD y ALD sino de forma universal a todas las etiologías.

Palabras clave: Elastografía hepática, fibrosis hepática, hepatopatía

Figura 1. Variabilidad entre dos series consecutivas obtenidas en la misma sesión con la misma sonda (n=2.572). (A) Bland-Altman en escala logarítmica: sesgo medio (línea continua), límites de acuerdo del 95% equivalentes a una razón de 0,69–1,42 (rojo) y umbrales de ±20% y ±30% (verde y naranja). (B) Proporción de exámenes con diferencias superiores a 20% y 30% por etiología; en naranja, las cubiertas por Baveno VIII. Sin diferencias entre etiologías (p=0,11). (C) Distribución acumulada de la diferencia relativa: las curvas son superponibles y el percentil 90 es 28,0%, por debajo del umbral de 30%.



#103 ORAL PLENARIO ENDOSCOPÍA

VALIDACIÓN PANCONTINENTAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA ASISTIDA POR IA PARA LESIONES VASCULARES Y RESTOS HEMÁTICOS EN LA HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO.

JAVIER URIBE MONASTERIO[1], ALBERTO ESPINO ESPINO[1], JOSÉ IGNACIO VARGAS DOMINGUEZ[1], MATÍAS CESPEDES ROJAS[2], ANTONIO PINTO DA COSTA[3], ANA PÉREZ GONZALEZ[3], FRANCISCO MENDEZ[4], WILLIAM PRESTON SONNIER[5], JOSE COTTER[6], THICIANIE FAUVE[7], NICOLAS FORTINI[8], AYMEN ALMUHAIDB[9], ARTHUR KAFFES[10], ROBERT FELLER[11], MOHAMED ALI AHMED EL NADY[12], MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA[4]

[1]Pontificia Universiada Católica de Chile; [2]Pontificia Universidad Católica de Chile; [3]Hospital Puerta de Hierro Majadahonda; [4]Centro Hospitalar Universitário São João; [5]University of South Alabama;, [6]Hospital da Senhora da Oliveira,; [7]Hospital Sírio Libanês; [8]Universidad de La Republica; [9]King Faisal Specialist Hospital and Research Centre; [10]Royal Prince Alfred Hospital; [11]St. Vincents Hospital; [12]Al-Azhar Specialized Hospital

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-005

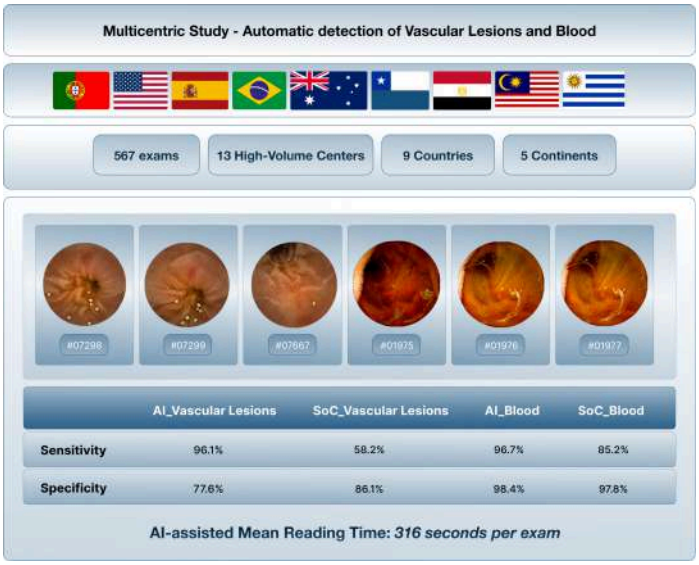
Introducción: La cápsula endoscópica (CE) proporciona una visualización mínimamente invasiva del intestino delgado y desempeña un rol central en el estudio de la anemia y frente a la sospecha de hemorragia digestiva. Las lesiones vasculares y los restos hemáticos aportan información clave sobre el origen, la gravedad y la temporalidad del sangrado. Sin embargo, el rendimiento de la CE sigue estando limitado por el prolongado tiempo que exige su lectura y por la variabilidad interobservador. La inteligencia artificial (IA) tiene el potencial de resolver estas limitaciones, aunque la validación multicéntrica en la práctica clínica real sigue siendo escasa. Este estudio tuvo como objetivo validar clínicamente una red neuronal convolucional de deep learning para la detección de lesiones vasculares y restos hemáticos en estudios completos de CE.

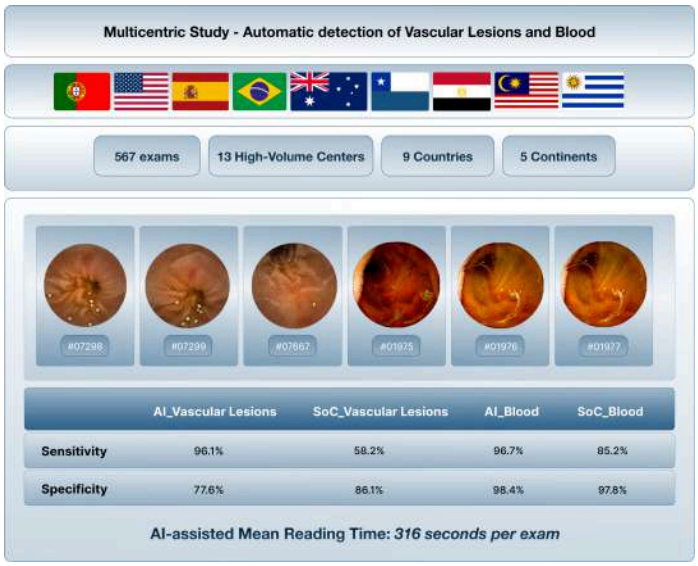
Métodos: Se realizó una validación multicéntrica prospectiva que comparó la interpretación de la CE asistida por IA con la lectura convencional o estándar. Se incluyeron un total de 567 estudios de CE provenientes de cuatro sistemas distintos de cápsula, en 16 centros de alto volumen distribuidos en Portugal, España, Brasil, Australia, Uruguay, México, Letonia, Arabia Saudita, Chile, Chipre, Malasia, Egipto y Estados Unidos. Tras la interpretación convencional, un experto independiente realizó una revisión asistida por IA. Las discrepancias fueron resueltas por un tercer experto externo para establecer el patrón de referencia (gold standard). Se calcularon las métricas de rendimiento diagnóstico, incluyendo la sensibilidad, la especificidad y el área bajo la curva ROC (AUC-ROC). Además, se registró el tiempo de lectura.

Resultados: La lectura asistida por IA identificó 270 exámenes con lesiones vasculares, en comparación con los 225 detectados mediante la lectura convencional. Para las lesiones vasculares, la IA demostró una mayor sensibilidad (96,1% vs. 58,2%) y exactitud diagnóstica (88,4% vs. 69,8%). En cuanto a los restos hemáticos, la IA superó a la lectura convencional identificando 67 frente a 63 casos, con una mayor sensibilidad (96,7% vs. 85,2%), especificidad (98,4% vs. 97,8%) y exactitud (98,2% vs. 96,5%). La interpretación asistida por IA redujo el tiempo medio de lectura a 335 segundos por examen.

Conclusiones: La CE asistida por IA combina una mejor detección de lesiones vasculares y restos hemáticos con una reducción significativa en los tiempos de lectura. Este primer estudio de validación clínica pancontinental, que integra múltiples sistemas de CE, respalda su implementación en diversos entornos demográficos y refuerza la interoperabilidad de los algoritmos. La CE asistida por IA ofrece una evaluación del intestino delgado mínimamente invasiva y eficiente en términos de tiempo, con el potencial de transformar el manejo clínico a través de un diagnóstico más preciso en pacientes con hemorragia digestiva sospechada o confirmada.

Figura resumen 1





#111 ORAL PLENARIO HEPATOLOGÍA

RECLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA Y RIESGO DE FIBROSIS EN SUBTIPOS DE ESTEATOSIS HEPÁTICA: COHORTE LATINOAMERICANA MULTICÉNTRICA

FEDRA MARÍA QUINTERO ORTIZ[1], FRANCISCO JAVIER IDALSOAGA FERRER[1], MARIO G PESSOA[2], CLAUDIA OLIVEIRA[2], PATRICIA ZITELLI[2], SCHEREZADA MEJÍA LOZA[3], EZEQUIEL RIDRUEJO[4], MIRTA PERALTA[4], DANIELA MORENO[5], ANGIE CRUZ[5], JHON PRIETO[5], JOSÉ ANTONIO VELARDE[6], DIANA TAPIA[6], CESAR CASTRO[7], JORGE GARAVITO RENTERÍA[7], ROMMEL ZAMBRANO HUAILLA[7], SEBASTIÁN MARCIANO[8], ADRIAN GADANO[8], JORGE MARTINEZ MORALES[8], MARÍA JOSÉ ACOSTA[8], ISMAEL YEPES[9], DALIS PÉREZ[9], ALEJANDO ALMEIDA[9], IGNACIO GARCÍA JUÁREZ[10], LIZ TOAPANTA[10], ORFANEL PINEDA ARZATE[10], MANUEL MENDIZABAL[11], LORENA CASTRO SOLARI[12], LORETO FRANCISCA AGUILAR BARRÍA[12], CATALINA ROA VALENZUELA[13], SAMANTHA JISHAN WU[13], CRISTIANE A. VILLELA NOGUEIRA[14], NATALIA BALASSIANO[14], CLAUDIA ANDRADE EQUI[14], ANA CAROLINA CARDOSO[14], ESTEFANIA LIZA[15], JAVIER DÍAZ FERRER[15], ROMARIO RUIZ[15], ROBERTO PÉREZ[16], BELEN MARTINEZ[16], NATALIE VILCINSKAS[16], VALENTINA MEJÍA VALDÉS[17], DANIZA CONTRERAS[18], PAMELA GIL GALLEGUILLOS[19], GUSTAVO AYARES[1], NANCY SOLIS[1], FRANCISCO BARRERA[1], JUAN PABLO ARAB[20], MARCO ARRESE[1], LUIS ANTONIO DÍAZ[1]

[1]PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE; [2]Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; [3]Hospital Juárez de México; [4]Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC); [5]Centro de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CEHYD); [6]Hospital Civil de Guadalajara; [7]Hospital Nacional Arzobispo Loayza; [8]Hospital Italiano de Buenos Aires; [9]Centro Médico Gastropack; [10]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; [11]Hospital Universitario Austral; [12]Centro de enfermedades digestivas clínica universidad de los andes; [13]Universidad de Los Andes; [14]Universidade Federal do Rio de Janeiro; [15]Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; [16]Hospital Central de Mendoza; [17]Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá; [18]Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición; [19]Hospital Clínico Universidad de Chile; [20]Virginia Commonwealth University

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-006

Introducción: América Latina presenta una de las prevalencias más altas de esteatosis hepática (SLD) a nivel mundial. Sin embargo, sus características e historia natural no han sido adecuadamente caracterizadas.

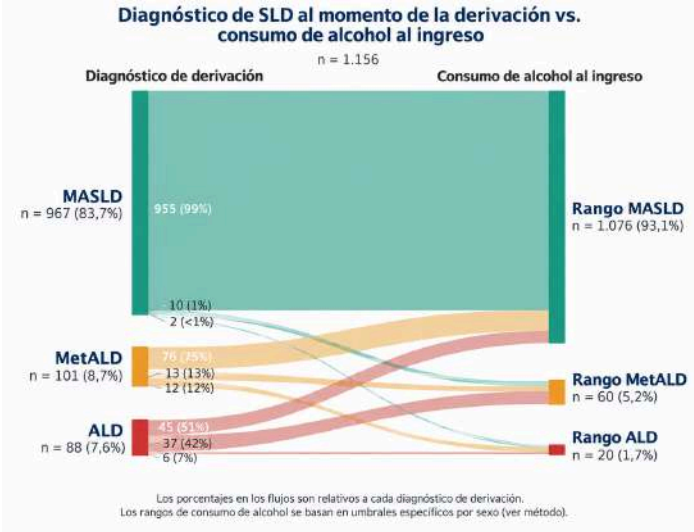
Objetivos: Analizar las características metabólicas, el consumo de alcohol y los cambios en los diagnósticos de los subtipos de SLD, así como evaluar los principales factores de riesgo de fibrosis hepática en una cohorte bien caracterizada de América Latina (STELLA).

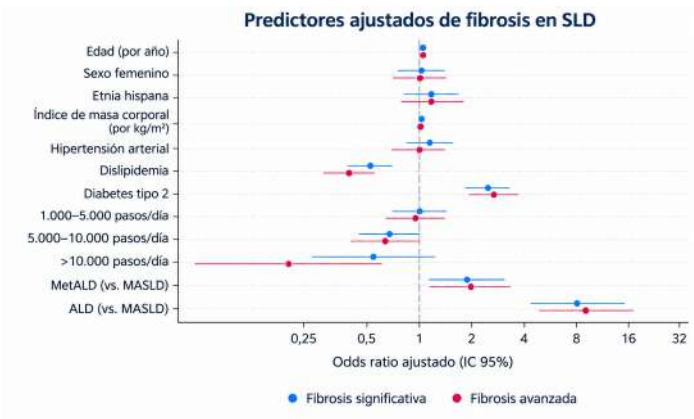
Métodos: Análisis transversal de una cohorte prospectiva latinoamericana multicéntrica (7 países, 18 centros). Los factores de riesgo cardiometabólicos y el consumo de alcohol se evaluaron mediante una entrevista estandarizada. La fibrosis se definió por biopsia o elastografía hepática transitoria (si no se disponía de biopsia) y se realizó regresión logística multivariable.

Resultados: Se analizaron 1.482 pacientes: 86,4% con MASLD, 7,3% MetALD y 6,3% ALD. En 1.156 con consumo cuantificado, 182 (15,7%) cambiaron de categoría: 24 a una de mayor y 158 a una de menor consumo. Así, 87.1% de MetALD y 93.2% de ALD tuvieron un cambio en el consumo de alcohol al ingresar al estudio. La prevalencia de fibrosis significativa (F2) y avanzada (F3) fue de 40,1% y 29,7%, respectivamente (por fenotipo MASLD 36,9%/26,1%, MetALD 45,3%/34,0% y ALD 74,3%/69,3%). La fibrosis significativa se asoció con edad (OR 1,04; p<0,001), índice de masa corporal (OR 1,03; p=0,020), diabetes tipo 2 (OR 2,45; p<0,001), esteatosis asociada a disfunción metabólica y alcohol (OR 1,86; p=0,015) y esteatosis asociada al alcohol (OR 8,02; p<0,001). La fibrosis avanzada se asoció con edad (OR 1,05; p<0,001), diabetes tipo 2 (OR 2,65; p<0,001), MetALD (OR 1,94; p=0,015; referencia MASLD) y ALD (OR 9,05; p<0,001; referencia MASLD); caminar >10.000 pasos/día se asoció con menor riesgo (OR 0,18; p=0,006).

Conclusión: En centros terciarios de América Latina, la fibrosis hepática es prevalente y se asocia fuertemente al consumo de alcohol. Evaluar sistemáticamente la exposición al alcohol, incluida la previa, mejora la clasificación y debería incorporarse a la práctica clínica.

Palabras clave: Hígado Graso no Alcohólico, Biomarcadores, factores de riesgo.





Presentaciones orales

Oral presentations

#2 ORAL PÁNCREAS

CARGA HOSPITALARIA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN CHILE MEDIANTE GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD).

CAROLINA FIGUEROA CORONA[1], PABLO MUÑOZ DIMITROV[2], PAULINA TOLEDO ARANCIBIA[2], CONSTANZA LOPEZ VILA[3], JOSE LUIS CONTRERAS BIEKERT[4], JAIME LUBASCHER CORREA[1], CAMILA ESTAY HERNANDEZ[2], RENE VARGAS TANK[3], FERNANDO FLUXA GARCIA[1]

[1]CLINICA MEDS; [2]CLINICA MEDS-HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE; [3]CLINICA MEDS-HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS; [4]CONSULTOR

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-007

Introducción: La pancreatitis aguda genera una carga asistencial que no se refleja por completo en los egresos, la estadía o la mortalidad. En Chile, su complejidad y uso de recursos no han sido caracterizados mediante GRD.

Objetivos: Caracterizar la carga hospitalaria de la pancreatitis aguda en la red pública chilena y evaluar diferencias según etiología, evolución temporal y territorio.

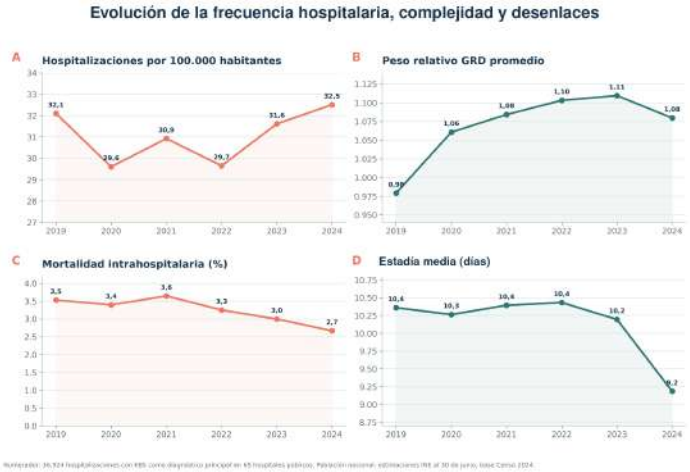
Métodos: Cohorte retrospectiva nacional de egresos con pancreatitis aguda (K85.x) como diagnóstico principal en 65 hospitales públicos, 2019–2024. Se analizaron etiología, severidad y riesgo de mortalidad IR-GRD (0–3), estadía, peso GRD, mortalidad y distribución territorial. Se utilizaron χ^2 y Kruskal–Wallis, con comparaciones post hoc y corrección de Benjamini–Hochberg.

Resultados: Se incluyeron 36.924 egresos; 26.012 tuvieron etiología especificada y 69,7% fueron biliares. Severidad, estadía, peso GRD y mortalidad difirieron entre etiologías (p<0,001). La pancreatitis biliar presentó 28,0% de severidad 3, mediana de estadía de 8 días y peso GRD de 0,95; en las etiologías idiopática, alcohólica y otras, estos valores fueron 23,6%, 30,5% y 32,4%; 6, 6 y 7 días; y 0,71 en las tres categorías, respectivamente. Pese a su mayor carga de recursos, la etiología biliar mostró menor mortalidad (2,3% vs 3,9%, 3,7% y 4,8%; p ajustado<0,05 para cada comparación). Entre 2019–2024 aumentaron las categorías de mayor severidad y el peso GRD, mientras la estadía mediana disminuyó de 7 a 6 días y la mortalidad de 3,53% a 2,67%. La frecuencia ajustada se mantuvo estable, con 31,1 hospitalizaciones por 100.000 habitantes-año. Se observaron diferencias territoriales; La Araucanía y Los Lagos combinaron una frecuencia poblacional elevada y mayor carga GRD relativa.

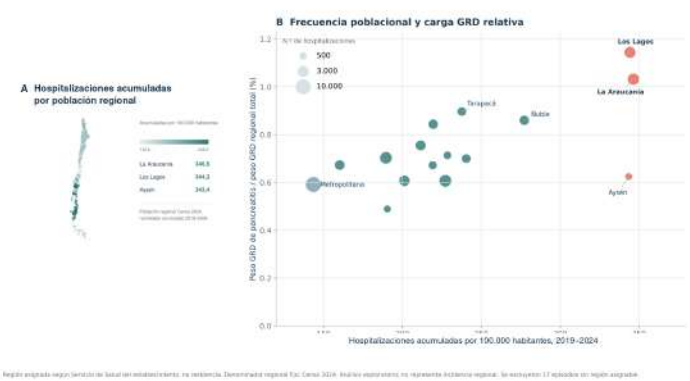
Conclusión: El IR-GRD identificó diferencias de complejidad y uso de recursos no reflejadas por los desenlaces tradicionales. La etiología biliar fue la más frecuente y presentó mayor carga, pero menor mortalidad. La frecuencia ajustada se mantuvo estable, pese al aumento de la complejidad registrada y a las diferencias territoriales, sin empeoramiento de los desenlaces.

Palabras clave: Pancreatitis Aguda; Grupos Relacionados por Diagnóstico; Hospitalización; Mortalidad Hospitalaria.

Evolución de la frecuencia hospitalaria, complejidad y desenlaces



Heterogeneidad regional de la carga hospitalaria por pancreatitis aguda



#3 ORAL PÁNCREAS

INTERVENCIÓN BILIAR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN ÍNDICE,

CAROLINA FIGUEROA CORONA[1], PABLO MUÑOZ DIMITROV[2], JAIME LUBASCHER CORREA[1], CAMILA ESTAY HERNANDEZ[2], CONSTANZA LOPEZ VILA[3], PAULINA TOLEDO ARANCIBIA[2], JOSE LUIS CONTRERAS BIEKERT[4], FERNANDO FLUXA GARCIA[1], RENE VARGAS TANK[3]

[1]CLINICA MEDS; [2]CLINICA MEDS-HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE; [3]CLINICA MEDS-HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS; [4]CONSULTOR

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-008

Introducción: La pancreatitis aguda biliar requiere resolución etiológica. Los registros de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) permiten reconstruir hospitalizaciones sucesivas y estimar su carga asistencial.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la intervención biliar índice, la recurrencia y la carga GRD acumulada a 365 días, y describir su variación territorial.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de registros IR-GRD de 65 hospitales públicos de Chile, 2019–2024. Se identificó la primera hospitalización por pancreatitis aguda biliar y los eventos posteriores hasta 365 días. Se analizaron procedimientos, recurrencia, cirugía diferida y peso GRD acumulado. Se aplicaron Kaplan–Meier y regresión logística ajustada por edad, sexo, severidad GRD, año y Servicio de Salud. El análisis territorial incluyó Servicios con 100 pacientes sin colecistectomía índice.

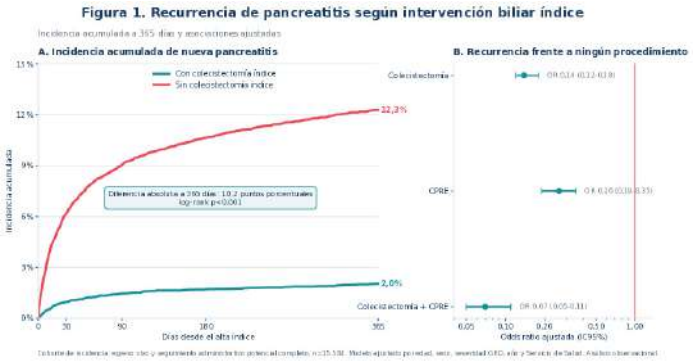
Resultados: Se identificaron 21.210 hospitalizaciones y 19.352 pacientes índice; 45,1% recibió colecistectomía índice. Entre 15.584 pacientes con egreso vivo y seguimiento completo, la incidencia

acumulada de recurrencia a 365 días fue 2,0% con colecistectomía índice y 12,3% sin ella (diferencia absoluta 10,2 puntos porcentuales; log-rank p<0,001). Frente a ningún procedimiento, las OR ajustadas de recurrencia fueron 0,14 (IC95% 0,12–0,18) para colecistectomía, 0,26 (0,19–0,35) para CPRE y 0,07 (0,05–0,11) para ambos procedimientos. De 974 recurrencias previas o simultáneas a la colecistectomía diferida, 51,1% ocurrió en 30 días y 74,7% en 90 días. A 90 días, la colecistectomía diferida fue 36,3% en menores de 35 años, 25,5% en el grupo de 35–49 años cubierto por GES y 13,5% en pacientes 50 años (p<0,001). La cirugía diferida se asoció con mayor peso GRD acumulado ajustado que la cirugía índice (razón 1,59; IC95% 1,55–1,64). Hubo variación entre 27 Servicios de Salud.

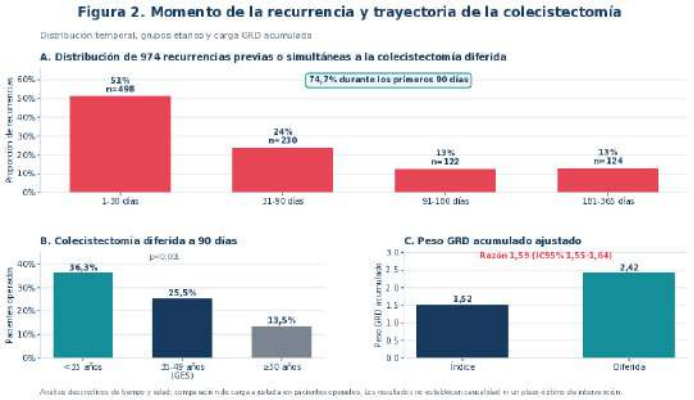
Conclusiones: La resolución biliar índice se asoció con menor recurrencia a 365 días. Las recurrencias sin colecistectomía índice se concentraron en los primeros 90 días. La cirugía diferida presentó mayor carga GRD acumulada y la resolución varió según edad y territorio. Estos hallazgos describen trayectorias hospitalarias y no establecen causalidad ni un plazo óptimo de intervención.

Palabras clave: pancreatitis aguda biliar; colecistectomía; recurrencia; grupos relacionados por el diagnóstico.

Incidencia acumulada de recurrencia y asociaciones ajustadas según intervención biliar índice.



Distribución temporal de recurrencias, colecistectomía a 90 días según grupo etario/GES y carga GRD acumulada.



#7 ORAL

AMOXICILINA AJUSTADA AL PESO ASOCIADA A TEGOPRAZÁN: ESTRATEGIA INDIVIDUALIZADA PARA ERRADICAR HELICOBACTER PYLORI EN COHORTE PROSPECTIVA

JOSE DAVID GUZMAN GUZMAN, NEREIDA LISBETH DUARTE ROPERO
CIGED - CENTRO DE INVESTIGACION DE GASTROENTE
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-009

Introducción: Las terapias para Helicobacter pylori suelen emplear dosis fijas de amoxicilina, aunque el peso corporal modifica la exposición relativa al antibiótico. Individualizar la dosis según peso y asociarla a supresión ácida potente con tegoprazán podría optimizar la erradicación sin comprometer la tolerabilidad.

Objetivos: Evaluar efectividad, seguridad y factibilidad de amoxicilina ajustada al peso asociada a tegoprazán para erradicar H. pylori .

Métodos: Cohorte prospectiva, unicéntrica, con adultos consecutivos con infección confirmada por biopsia o prueba de aliento entre abril-julio de 2026. Se administró tegoprazán 50 mg cada 12 h por 15 días y amoxicilina 50 mg/kg/día en 3 tomas por 14 días, mínimo 3 g/día y ajuste protocolizado en incrementos de 0,5 g. Recibieron el mismo probiótico multicepa por 30 días. La erradicación se confirmó mediante prueba de aliento con urea-13C 29 días tras finalizar tegoprazán. Se calcularon proporciones e IC95% mediante método de Wilson.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes; 34 (68%) sin tratamiento previo y 16 (32%) previamente tratados. Uno se retiró antes de iniciar tratamiento. Los 49 tratados completaron el esquema y la comprobación de erradicación (100%). La dosis media administrada fue 53,7±2,9 mg/kg/día. Una pauta fija de 3 g/día habría aportado <50 mg/kg/día en 80% de la cohorte; 27% requirió 4 g/día. La erradicación fue 89,8% por protocolo (44/49; IC95% 78,2-95,6) y 88,0% en un análisis conservador de todos los incluidos. En pacientes sin tratamiento previo fue 93,9% (31/33), frente a 81,3% (13/16) en previamente tratados (p=0,313). Los eventos adversos ocurrieron en 10,2% (5/49), todos leves y autolimitados, sin suspensiones.

Conclusión: La amoxicilina ajustada al peso asociada a tegoprazán fue factible, bien tolerada y logró elevada erradicación, especialmente en pacientes sin tratamiento previo. En 80% de la cohorte, 3 g/día no habrían alcanzado el objetivo de 50 mg/kg/día, respaldando evaluar estrategias individualizadas frente a dosis fijas en estudios comparativos.

Palabras clave: Helicobacter pylori; Amoxicilina; Tegoprazán; Estudios Prospectivos.

Figura 1 - Exposición ponderal amoxicilina

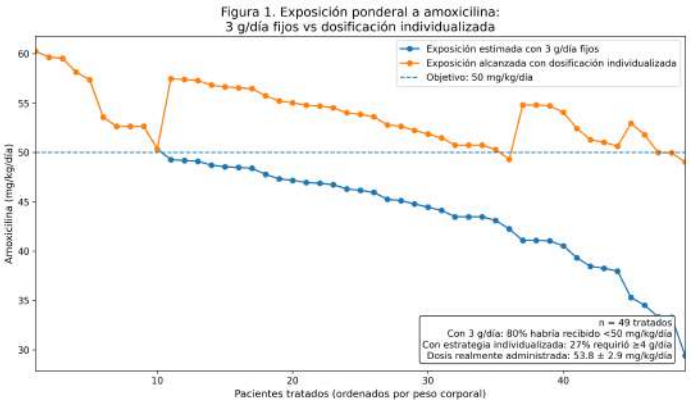
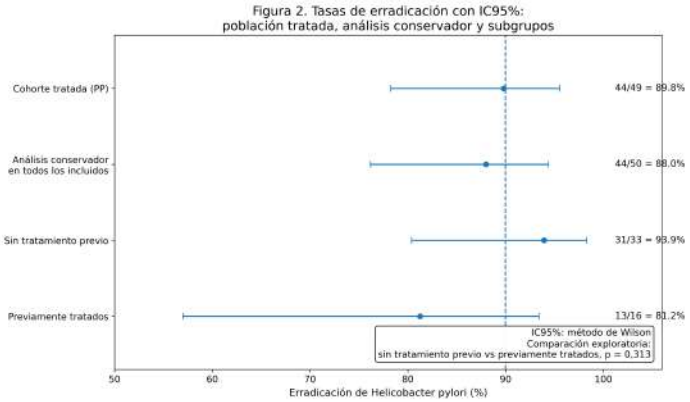


Figura 2 - Tasas de erradicación e intervalos de confianza



#8 ORAL NEUROGASTROENTEROLOGÍA

RESPUESTA CLÍNICA Y MANOMÉTRICA A ACOTIAMIDA EN REFLUJO GASTROESOFÁGICO REFRACTARIO CON MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA

FREDDY ENRIQUE SQUELLA BOERR[1], CAROLINA ANDREA CANCINO PEREIRA[2], VALERIA GISELLE BUSTOS GAJARDO[3], ALONSO IGNACIO ORELLANA LOBOS[4], CRISTOBAL MARCELO ROJAS ACUÑA[5]

[1]Clínica Indisa / Universidad Andrés Bello; [2]Cedif; [3]Universidad Andrés Bello; [4]Universdad Andrés Bello; [5]Uiniversidad Andrés Bello

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-010

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico puede persistir sintomática pese a tratamiento optimizado con inhibidores de la bomba de protones (IBP). La motilidad esofágica inefectiva puede contribuir a disfagia y respuesta terapéutica insuficiente. Acotiamida, inhibidor de la acetilcolinesterasa con efecto procinético, podría mejorar la contractilidad esofágica y, con ello, favorecer la respuesta sintomática..

Objetivos: Evaluar la respuesta clínica y manométrica a acotiamida como coadyuvante en pacientes con reflujo gastroesofágico refractario con motilidad esofágica inefectiva.

Métodos: Estudio piloto prospectivo en 17 adultos (46,9±10,5 años) con enfermedad por reflujo gastroesofágico objetivada según criterios de Lyon 2.0, síntomas persistentes pese a tratamiento optimizado con IBP, disfagia y motilidad esofágica inefectiva confirmada por manometría de alta resolución. Mantuvieron IBP y recibieron acotiamida 100 mg tres veces al día durante 8 semanas. Se evaluaron GERD-Q, severidad de eructos y EAT-10 al inicio y postratamiento; se realizó manometría de control a los 3 meses. Se utilizaron comparaciones pareadas y prueba exacta de McNemar.

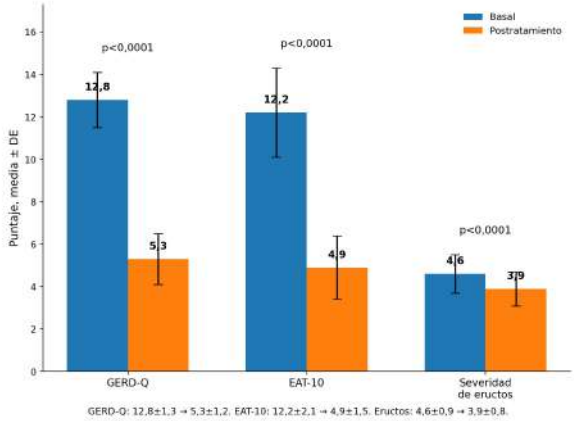
Resultados: GERD-Q disminuyó de 12,8±1,3 a 5,3±1,2 (cambio 7,4; IC95% 8,3 a 6,6; p<0,0001). EAT-10 disminuyó de 12,2±2,1 a 4,9±1,5 (cambio 7,4; IC95% 8,5 a 6,3; p<0,0001); 15/17 pacientes (88,2%) lograron una reducción 50%. La severidad de eructos disminuyó de 4,6±0,9 a 3,9±0,8 (cambio 0,6; IC95% 0,8 a 0,4; p<0,0001). Diez de 17 pacientes (58,8%) alcanzaron normalización manométrica, definida como integral contráctil distal >450 mmHg·s·cm (p=0,0020).

Conclusión: Acotiamida asociada a IBP se asoció con mejoría clínica y manométrica significativa. Más de la mitad normalizó la contractilidad esofágica. Estos hallazgos apoyan explorar la modulación colinérgica como estrategia coadyuvante. Se requieren estudios controlados.

Palabras clave: Reflujo Gastroesofágico; Trastornos de la Motilidad Esofágica; Manometría.

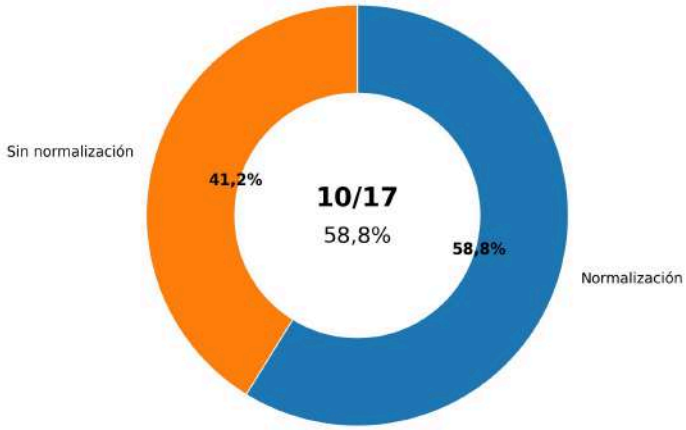
Cambios Clínicos

Figura 1. Cambios en variables clínicas tras tratamiento con acotiamida (n=17)



Normalización manométrica

Figura 2. Normalización manométrica a los 3 meses (n=17)



Normalización definida como DCI >450 mmHg·s·cm. Prueba exacta de McNemar: p=0,0020.

#12 ORAL ENDOSCOPÍA

COMPARACION DIAGNOSTICA ENTRE BIOPSIA GASTRICA Y PRUEBA DE UREASA PARA LA DETECCION DE HELICOBACTER PYLORI: IMPLICANCIA EN LA PRACTICA CLINICA

CAMILA MENDOZA NUÑEZ, KAY FERNANDA CABELLOS SALAS, ANDREA JESUS CELIS ORTIZ, RODRIGO ENRIQUE QUERA PINO, PAMELA SAN MARTIN PEÑAILILLO

CLINICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-011

Introducción: La infección por Helicobacter pylori (H. pylori) es un problema relevante en salud pública por su asociación con gastritis crónica, ulcera péptica y cáncer gástrico. Entre los métodos diagnósticos invasivos utilizados durante la endoscopía digestiva se encuentran el test rápido de ureasa (TU) y la biopsia gastrica. Ambos métodos suelen realizarse simultáneamente; sin embargo, persiste la duda sobre la necesidad de efectuar el TU cuando ya se obtienen biopsias según el Protocolo de Sydney.

Objetivos: Evaluar la concordancia diagnóstica entre el TU y la biopsia gástrica según el Protocolo de Sydney para la detección de H. pylori en una cohorte retrospectiva institucional.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva realizado en el Centro de Endoscopía de la Clínica Universidad de los Andes que incluyó 395 pacientes sometidos a endoscopía digestiva alta con toma de TU y Biopsia gástrica según protocolo Sydney entre junio de 2025 y febrero de 2026. El rendimiento diagnóstico del test de ureasa se calculó utilizando la biopsia como estándar de referencia, con intervalos de confianza del 95%. La concordancia diagnóstica se estimó mediante el coeficiente Kappa de Cohen y la prueba de McNemar. Las comparaciones entre subgrupos se realizaron mediante chi²/test exacto de Fisher y t de Student/U de Mann-Whitney, según correspondiera. Todos los análisis se realizaron en Stata con valor p< 0,05.

Resultados: La edad promedio fue 53,7 ± 11,1 años, con predominio de sexo femenino (53,9%) y comorbilidades presentes en el 55,7%. Se observó una concordancia diagnóstica casi perfecta (= 0,84; IC95% 0,77–0,91; concordancia global 94,4%), con una asimetría estadísticamente significativa en las discordancias (McNemar exacto, p = 0,0043), explicada por un predominio de falsos negativos (n=18) sobre falsos positivos (n=4) del TU. Resumen en tabla.

Conclusión: Nuestros resultados muestran una alta concordancia entre el TU y la biopsia gástrica, además el TU no detectó el 18.9% de los pacientes infectados, confirmando que este método diagnostico no es necesario cuando ya se toman biopsias por protocolo Sidney permitiendo de esta manera optimizar los recursos del centro.

Palabras clave: Endoscopía Gastrointestinal; Helicobacter pylori; Biopsia gástrica; Test de ureasa.

	Biopsia positiva	Biopsia negativa	Total
TU positivo	77	4	81
TU negativo	18	296	314
Total	**95**	**300**	**395**
Rendimiento diagnóstico del TU (IC 95%)			
Concordancia global	94,4%		
Kappa de Cohen	0,840 (0,774–0,905)		
Sensibilidad	81,1% (72,0–87,7)		
Especificidad	98,7% (96,6–99,5)		
Valor predictivo positivo	95,1% (88,0–98,1)		
Valor predictivo negativo	94,3% (91,1–96,3)		
Prueba de McNemar	p=0,0043		

TU: test rápido de ureasa; IC: Intervalo de confianza

#13 ORAL HEPATOLOGÍA

ELASTOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA PARA LA ESTRATIFICACIÓN NO INVASIVA DE HIPERTENSIÓN PORTAL

GONZALO ERNESTO CÁRDENAS LOGUERCIO, CARLA PARRA ALBORNOZ, CAMILA ORMEÑO CANDIA, ALVARO URZUA MANCHEGO, CAROLINA ROJAS CASTILLO, EMERSON HERNÁNDEZ VILLARROEL, MAXIMILIANO MIRANDA GONZALEZ, ALEXIS GUZMÁN MUÑOZ

Hospital Clínico Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-012

Introducción: La evaluación no invasiva de la hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) se basa principalmente en la combinación de rigidez hepática y recuento plaquetario. Sin embargo, estos algoritmos mantienen una proporción de pacientes en zona gris. La elastografía por resonancia magnética (ElastoRM) permite medir la rigidez hepática y, simultáneamente, evaluar la morfología hepática, el sistema portal y signos directos de hipertensión portal, ofreciendo potencialmente una aproximación multiparamétrica en un único examen.

Objetivos: Evaluar una estrategia exploratoria basada en ElastoRM y plaquetas para la estratificación no invasiva de HPCS y determinar si la incorporación de signos directos de hipertensión portal identificados mediante RM permite reducir la proporción de pacientes en zona gris.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a ElastoRM en nuestra institución. Para el análisis comparativo se seleccionaron 26 pacientes con ElastoRM, elastografía transitoria (FibroScan) y recuento plaquetario disponibles. Se aplicaron los criterios no invasivos de Baveno disponibles para FibroScan. Paralelamente, se evaluó un algoritmo exploratorio para ElastoRM, definiendo rule-out como rigidez <4,0 kPa y plaquetas 150×109/L, y rule-incomo rigidez 5,0 kPa y plaquetas <150×109/L. Los casos restantes fueron considerados zona gris. Posteriormente, exclusivamente para la estrategia basada en RM, los pacientes en zona gris con várices y/o cortocircuitos portosistémicos fueron reclasificados como rule-in por presentar signos directos de hipertensión portal.

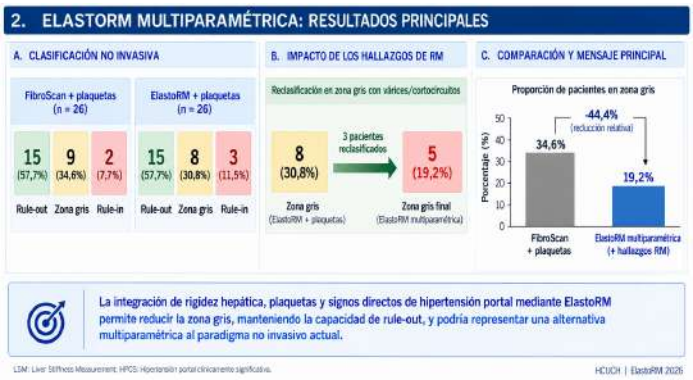
Resultados: En los 26 pacientes con evaluación pareada, la estrategia basada en FibroScan y plaquetas clasificó 15/26 (57,7%) como rule-out, 9/26 (34,6%) en zona gris y 2/26 (7,7%) como rule-in. El algoritmo exploratorio ElastoRM-plaquetas clasificó 15/26 (57,7%) como rule-out, 8/26 (30,8%) en zona gris y 3/26 (11,5%) como rule-in. Ningún paciente con várices y/o cortocircuitos portosistémicos fue clasificado como rule-out por ambas estrategias. En la zona gris de ElastoRM, 3 pacientes presentaban signos directos de hipertensión portal en RM y fueron reclasificados como rule-in, reduciendo la zona gris a 5/26 pacientes (19,2%). Comparado con la estrategia convencional, esto representa una reducción absoluta de 15,4 puntos porcentuales y relativa de 44,4% en la proporción de pacientes no clasificados.

Conclusión: En esta cohorte exploratoria, una estrategia multiparamétrica basada en ElastoRM, plaquetas y signos directos de hipertensión portal mantuvo la capacidad de rule-out y redujo sustancialmente la zona gris respecto de una estrategia basada exclusivamente en rigidez y plaquetas. La principal ventaja potencial de la ElastoRM podría radicar no sólo en la cuantificación de rigidez hepática, sino en integrar información funcional y anatómica en un mismo examen. Estos resultados requieren validación prospectiva en cohortes mayores y frente a estándares de referencia de HPCS.

Resumen 1



Resumen 2



#17 ORAL EDUCACIÓN MÉDICA

NEUROGASTROENTEROLOGÍA EN EL PREGRADO DE MEDICINA: ESTUDIO TRANSVERSAL DE LAS COMPETENCIAS PERCIBIDAS Y LA NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN

JOSE JOAQUIN PEREZ[1], CHRISTIAN VON MUHLENBROCK PINTO[1], KARIN HERRERA CARRASCO[2], NICOLE PACHECO[1], MATIAS PINCETTI[1]

[1]UNIVERSIDAD DE LOS ANDES; [2]UNIVERSIDAD DE GRANADA

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-013

Introducción: La neurogastroenterología (NG) aborda enfermedades frecuentes que generan un importante impacto en la calidad de vida y requieren un enfoque biopsicosocial. Sin embargo, su presencia en la formación médica de pregrado parece limitada.

Objetivo: Evaluar la percepción de competencias clínicas en NG en estudiantes de pregrado de la carrera de Medicina y su relación con la inclusión curricular y la relevancia clínica percibidas.

Métodos: Estudio transversal analítico mediante encuesta anónima aplicada a estudiantes de Medicina de segundo a séptimo año durante el 2025. La encuesta constaba de 17 preguntas dividida en tres dominios: demográficos, educacionales y de percepción, tanto de competencias clínicas como de inclusión curricular de la NG. Se incluyeron competencias en fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de seis enfermedades crónicas medidas en una escala de 0 a 100. Se compararon tres grupos: neurogastroenterología (acalasia, enfermedad por reflujo gastroesofágico y síndrome de intestino irritable), enfermedades generales (hipertensión arterial y migraña) y

otra enfermedad gastroenterológica (colitis ulcerosa). Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico. La distribución de las variables se evaluó mediante Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante ANOVA o Kruskal-Wallis, según correspondiera, con análisis post hoc de Dunn cuando fue necesario. Las asociaciones entre variables se evaluaron mediante correlación de Spearman. Se utilizó SPSS v.29 y se consideró significativo un valor de p<0,05.

Resultados: De 720 estudiantes entre segundo y séptimo año, 264 (36,7%) completaron la encuesta. La mayor percepción de competencias se observó en hipertensión arterial, mientras que la menor correspondió a acalasia. El 69,3% refirió no haber recibido formación en neurogastroenterología o no recordarla, y el 78,8% consideró que esta debería tener mayor presencia en el currículum.

Las competencias en neurogastroenterología fueron menores que las observadas para enfermedades generales en fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Se encontraron menos correlaciones y de menor magnitud entre la relevancia clínica percibida y las competencias en enfermedades generales y en colitis ulcerosa (Tabla 1). Una mayor inclusión curricular se correlacionó con mayores competencias en neurogastroenterología (r=0,218–0,241; p<0,001). Asimismo, una mayor relevancia clínica de la neurogastroenterología se correlacionó con mayores competencias en esta área (r=0,184–0,247; p<0,01). El mapa de calor mostró correlaciones más numerosas y de mayor magnitud entre la relevancia clínica y las competencias en neurogastroenterología (Figura 1).

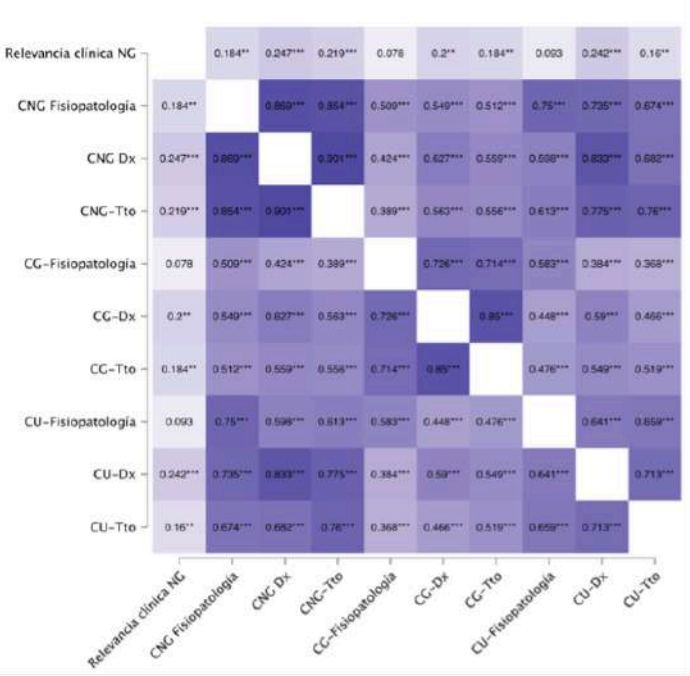
Conclusión: Los estudiantes perciben una limitada formación y menores competencias en neurogastroenterología, junto con una alta valoración de su relevancia e interés por una mayor inclusión curricular. Estos resultados apoyan fortalecer la enseñanza de la neurogastroenterología durante la formación médica de pregrado.

Palabras clave: Educación Médica; Competencia Profesional; Estudios Transversales; Encuestas y Cuestionarios.

Competencias	Fisiopatología	Diagnostico	Tratamiento
Neurogastroenterología	53 (8 - 71,5)	60 (0 - 80)	42,5 (0 - 63)
Generales	62,5 (45 - 80)	60 (45 - 90)	60 (40 - 85)
Colitis Ulcerosa	60 (20,25 - 80)	60 (20 - 80)	40 (0 - 60)

Se muestra el mapa de calor de las correlaciones entre la relevancia clínica percibida y las competencias clínicas agrupadas de la neurogastroenterología. Se observan correlaciones significativas y de mayor magnitud con las competencias en

neurogastroenterología. Las correlaciones se expresan en Rho de Spearman. Se determinó una confianza (IC) del 95% y un error menor al 5% (p) para determinar resultados significativos. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. CNG: Competencias en neurogastroenterología; CU: Competencias en Colitis Ulcerosa (otras enfermedades de la gastroenterología); CG: Competencias generales; Dx: Diagnóstico; NG: Neurogastroenterología; Tto: Tratamiento.



#18 ORAL NEUROGASTROENTEROLOGÍA

¿SOBREDIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR? CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS

CHRISTIAN VON MUHLENBROCK PINTO[1], JAN TACK[2], TIM VANUYTSEL[2]
[1]UNIVERSIDAD DE LOS ANDES; [2]KU LEUVEN
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-014

Introducción: El síndrome de arteria mesentérica superior (SAMS) se caracteriza por obstrucción duodenal atribuida a un ángulo aortomesentérico reducido. La superposición de sus síntomas con trastornos de la interacción intestino-cerebro y el uso de criterios radiológicos aislados podrían favorecer su sobrediagnóstico.

Objetivo: Evaluar la concordancia diagnóstica entre modalidades de imagen y los resultados del manejo conservador y quirúrgico en pacientes con sospecha de SAMS.

Método: Estudio retrospectivo de 49 pacientes consecutivos evaluados por sospecha de SAMS en la unidad de Neurogastroenterología de un centro terciario (2005–2025). El diagnóstico se estableció mediante duodenografía hipotónica con bario, considerando la presencia de estrechamiento abrupto fijo de la tercera porción duodenal y dilatación proximal, en ausencia de un diagnóstico alternativo más plausible. Se evaluaron además el ángulo y distancia aortomesentéricos mediante tomografía computarizada, manometría intestinal, vaciamiento gástrico y respuesta al tratamiento. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución, y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante pruebas paramétricas o no paramétricas, según correspondiera, y las variables categóricas mediante prueba exacta de Fisher o chi-cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p<0,05.

Resultados: Solo 11/49 pacientes (22%) cumplieron criterios estrictos en la duodenografía. No se observaron diferencias en edad, índice de masa corporal ni pérdida de peso respecto del grupo control. Cuatro pacientes con hallazgos tomográficos compatibles presentaron duodenografía negativa y fueron diagnosticados con otros trastornos de la interacción intestino-cerebro. El ángulo aortomesentérico fue menor en los casos confirmados (18,8° vs. 26,5°; p=0,05), sin diferencias en la distancia aortomesentérica. El manejo médico

conservador (n=6) produjo mejoría sintomática en 3 pacientes (50%). De los 5 pacientes sometidos a cirugía, 4 (80%) lograron un aumento de peso >5%, pero solo uno presentó mejoría sintomática significativa. Se observaron complicaciones posoperatorias, incluyendo síndrome de dumping en 2 pacientes y agravamiento de síntomas tipo gastroparesia en 1 de ellos.

Conclusión: En este centro terciario, solo una minoría de los pacientes con sospecha de SAMS cumplió criterios diagnósticos estrictos. La discordancia entre hallazgos tomográficos y duodenografía sugiere un posible sobrediagnóstico cuando se utilizan criterios radiológicos aislados. Además, la recuperación ponderal tras la cirugía no se acompañó necesariamente de mejoría sintomática y se observaron complicaciones, apoyando un enfoque diagnóstico y terapéutico conservador.

Parámetros	Pacientes con SAMS en DHB (N=11)	Grupo control (N=38)	Valor p
Edad (años)	30,5 ± 3,2	34,0 ± 1,9	0,37
Índice de masa corporal (kg/m²)	17,5 (16,2–19,3)	17,5 (16,4–19,1)	1,00
Sexo			
Masculino	1 (9%)	7 (18%)	0,66
Femenino	10 (91%)	31 (82%)	
Parámetros	**Pacientes con SAMS en DHB (N=11)**	**Grupo control (N=38)**	**Valor p**
Pacientes que refieren pérdida de peso	10 (91%)	32 (84%)	1,00
Pérdida de peso (kg)	8,7 ± 1,6	9,8 ± 1,5	0,96
Pérdida de peso >10%	8 (73%)	22 (58%)	0,49
Ángulo aortomesentérico (°)	18,8 ± 2,52	26,5 ± 2,11	0,05
Distancia aortomesentérica (mm)	5 (4,5–7,5)	7,0 (6–9)	0,13
Estudio de vaciamiento gástrico: t1/2 (minutos)	70 (64,5–85,5)	119 (74–159)	0,02

#25 ORAL HEPATOLOGÍA

ALTERACIONES INMUNITARIAS DE LA MUCOSA INTESTINAL EN LA

NICOLAS ORTIZ-LÓPEZ[1], TAMARA ALARCÓN[1], MARÍA JESÚS VERA[2], CAMILA FARÍAS[2], RODRIGO VALENZUELA[2], JAIME PONIACHIK[1]

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

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-015

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) se ha relacionado con alteraciones del eje intestino-hígado. Sin embargo, los hallazgos histológicos intestinales en humanos siguen siendo poco caracterizados.

Objetivos: Caracterizar las alteraciones histológicas de la mucosa intestinal en pacientes con MASLD.

Métodos: Estudio piloto transversal prospectivo que incluyó a adultos sometidos a colonoscopía de tamizaje. Se obtuvieron biopsias de íleon y de colon, y se realizó elastografía hepática transitoria. La evaluación histológica se efectuó con hematoxilina-eosina, azul alcián y Giemsa. Los linfocitos intraepiteliales se expresaron en 100 células epiteliales y los mastocitos por campo de gran aumento (CGA).

Resultados: Se incluyeron 20 participantes: 13 con MASLD y 7 sin MASLD. La mediana de edad fue de 60 (47-65) y 62 (55-65) años, respectivamente. Los pacientes con MASLD presentaron un mayor índice de masa corporal. El recuento de linfocitos intraepiteliales colónicos por 100 células epiteliales fue superior en MASLD (6 [2-11] frente a 3 [2-8]; p=0,018), al igual que la densidad de mastocitos colónicos por CGA (6 [2-16] frente a 3 [1-8]; p=0,024). Los mastocitos ileales por CGA tendieron a valores más altos (9 [4-26] frente a 4 [3-17]; p=0,062). No se observaron diferencias significativas en la erosión epitelial, las alteraciones arquitecturales, la depleción de mucina ni la vacuolización citoplasmática. La densidad de mastocitos colónicos se correlacionó positivamente con la rigidez hepática (rho=0,49; p=0,048). Los linfocitos intraepiteliales colónicos mostraron una correlación similar, sin alcanzar significación estadística (rho=0,46; p=0,061).

Conclusión: Los pacientes con MASLD presentaron una mayor infiltración de células inmunitarias colónicas, en particular de linfocitos intraepiteliales y mastocitos. La asociación entre mastocitos colónicos y la rigidez hepática respalda la relevancia del eje intestino-hígado en la fisiopatología de la MASLD.

Palabras clave: Enfermedad del hígado graso no alcohólico; Mucosa intestinal; Fisiopatología.

Figura 1. Recuento de linfocitos intraepiteliales y mastocitos en la mucosa intestinal según presencia de MASLD.

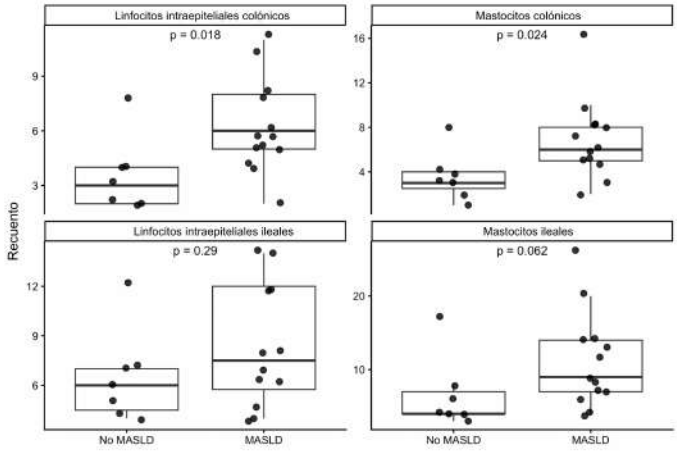


Tabla 1. Características clínicas, metabólicas y hepáticas de los participantes

Característica	Sin MASLD (n=7)	MASLD (n=13)	Valor p
Edad, años	62 (55-65)	60 (47-65)	0,400
Índice de masa corporal, kg/m²	24,6 (22,8-27,8)	28,6 (25,2-37,9)	0,003
Circunferencia de cintura, cm	94 (85-99)	100 (86-116)	0,081
Hipertensión arterial, n/N (%)	3/7 (43%)	7/13 (54%)	>0,900
Diabetes mellitus tipo 2, n/N (%)	0/6 (0%)	4/13 (31%)	0,300
Dislipidemia, n/N (%)	3/6 (50%)	12/13 (92%)	0,071
Parámetro de atenuación controlada, dB/m	198 (130-230)	275 (224-377)	<0,001
Rigidez hepática, kPa	4,3 (3,9-4,6)	5,1 (3,2-75,0)	0,022

Los datos se expresan como mediana (mínimo–máximo) o n/N (%). Las comparaciones se realizaron mediante la prueba exacta de suma de rangos de Wilcoxon o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. MASLD, enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica.

#27 ORAL

INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN ATENCIÓN PRIMARIA: RESULTADOS DE UNA ESTRATEGIA COMUNAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO.

EDUARDO ANDRÉS SEGOVIA VERGARA[1], RODRIGO MANSILLA VIVAR[2]

[1]UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN; [2]Hospital de Puerto Montt

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-016

Introducción: La infección por Helicobacter pylori es un factor de riesgo establecido para cáncer gástrico, su erradicación constituye una estrategia de prevención importante. En la Región de Los Lagos existe una alta incidencia de cáncer gástrico en comparación al resto del país. En este contexto, se implementó una estrategia comunal de detección y tratamiento de la infección.

Objetivo: Describir los resultados de una estrategia comunal de detección de H. pylori, positividad, factores asociados a positividad y erradicación, y esquemas terapéuticos prescritos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en la red de atención primaria de Puerto Montt, para adultos con test de antígeno fecal para H. pylori entre mayo y agosto de 2026. Se analizaron variables clínicas y demográficas, tratamiento prescrito, control de erradicación y factores asociados a la positividad y erradicación con primera línea de esquema terapéutico (cuadriterapia con bismuto).

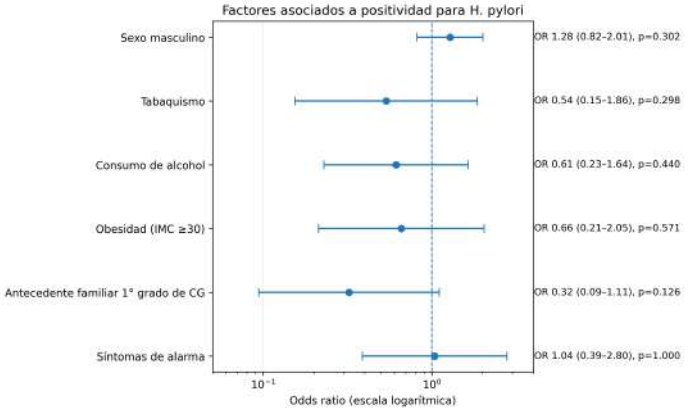
Resultados: Se analizaron 368 pacientes; 173 (47,0%) fueron positivos y 195 (53,0%) negativos. Entre pacientes positivos, 118 (68,2%)

fueron de sexo femenino, de edad mediana de 58 años (RIQ 49-65). La positividad varió entre 51,4% en el sector rural y 45,2% en sectores urbanos (p=0,304). No se observaron asociaciones significativas con edad, sexo, tabaquismo, alcohol, obesidad, antecedentes familiares de cáncer gástrico o síntomas de alarma. 162 pacientes iniciaron tratamiento y 156 lo finalizaron. La prescripción fue concordante con el esquema propuesto únicamente en el 42,6% de los casos. A la fecha se han realizado 87 controles post tratamiento, de los cuales el 89,7% ha resultado tratado. Todos los pacientes tratados con cuadriterapia con bismuto han resultado tratados. No se encontraron factores asociados significativamente con la erradicación.

Conclusiones: La estrategia detectó una elevada frecuencia de infección por H. pylori. La alta proporción de inicio y finalización del tratamiento y la elevada tasa de erradicación observada sugieren una buena factibilidad de esta estrategia, aunque se requiere fortalecer la estandarización del tratamiento y el seguimiento para su correcta implementación.

Palabras clave: Helicobacter pylori, Neoplasias Gástricas, Atención Primaria de Salud.

Figura 1. Forest plot de factores asociados a positividad a antígeno de Helicobacter pylori.



#29 ORAL ENDOSCOPÍA

IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA PREPARACIÓN INTESTINAL EN COLONOSCOPÍA: COHORTE AMBULATORIA CON ANÁLISIS POR SEGMENTO

ALEJANDRO ENRIQUE PEDRAZA MAYORGA[1], ANDRÉS HUMBERTO LAGOS CORDERO[2]

[1]Clínica RedSalud Santiago; [2]Centro Médico y Dental RedSalud Maipú

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-017

Introducción: La preparación intestinal insuficiente compromete la calidad de la colonoscopía y dificulta la detección de lesiones. Diversos factores clínicos se han asociado con preparación deficiente. La Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) permite identificar deficiencias segmentarias que pasan inadvertidas al considerar solo la puntuación total.

Objetivo: Identificar factores clínicos asociados a preparación intestinal insuficiente en colonoscopías electivas, para orientar estrategias de mejora, y evaluar su consistencia según distribución segmentaria de BBPS.

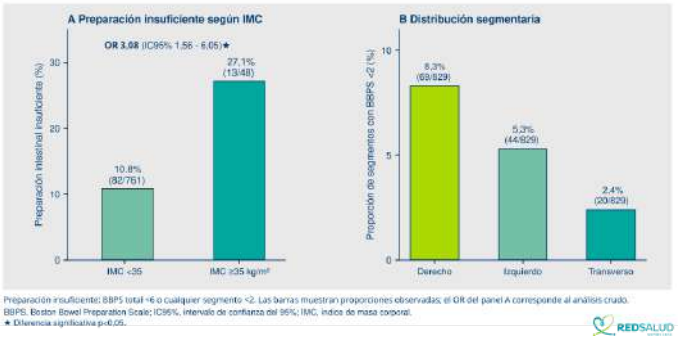
Métodos: Cohorte retrospectiva de colonoscopías (2024-2026, Centro Médico y Dental RedSalud Maipú) con BBPS evaluable en los tres segmentos. Preparación insuficiente: BBPS total <6 o <2 en cualquier segmento. Regresión logística ajustada por edad, sexo, diabetes, antecedente de cáncer, antihipertensivos y año, con análisis de sensibilidad restringidos por producto y volumen de preparación.

Resultados: Se incluyeron 829 colonoscopías; 100 (12,1%) con preparación insuficiente. El IMC mostró la asociación más consistente: 27,1% (IMC 35 kg/m²) vs 10,8% (IMC <35) (OR 3,08; aOR ajustado 2,96; IC95% 1,45-6,06; p=0,003), persistente al restringir a un mismo producto (n=632; aOR 2,79) y por volumen documentado (n=481; aOR 2,54; p=0,047). El antecedente de cáncer personal también fue independiente (aOR 2,51; IC95% 1,15-5,47; p=0,021); edad, sexo y diabetes no lo fueron. La preparación deficiente predominó en colon derecho (8,3% vs 5,3% izquierdo, 2,4% transverso); IMC 35 se asoció marcadamente con BBPS derecho <2 (25,0% vs 7,1%; aOR 4,31; IC95% 2,01-9,20; p<0,001), no así en otros segmentos. 40/100 casos insuficientes tenían BBPS total 6 con un segmento <2.

Conclusiones: IMC 35 kg/m² fue el factor más consistentemente asociado a preparación insuficiente, particularmente en colon derecho, tras ajuste y análisis de sensibilidad. El cáncer personal emergió como segundo factor independiente. La asociación no establece causalidad; puede haber confusión residual por estreñimiento o adherencia. Se justifica evaluación prospectiva de preparaciones individualizadas en obesidad grado II o más.

Palabras clave: Endoscopía Gastrointestinal, Colonoscopía, Catárticos, Obesidad.

Figura 1. Preparación intestinal según IMC y por segmentos



#30 ORAL

ESTUDIO PILOTO DE TERAPIA DUAL FEXUPRAZÁN-AMOXICILINA PARA LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN UN CENTRO DE ATENCION TERCIARIA CHILENO

ADA CASCONE SCARPATI[1], NATALIA MESIAS[1], GUSTAVO WALSEN ARANGUA[2], SOLANGE TRONCOSO[3], ALEX FABIAN ARENAS ARAVENA[2], ANTONIO ROLLAN RODRIGUEZ[2]

[1]Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana de Santiago; [2]Clinica Alemana de Santiago; [3]Hospital Dr. Sotero del Rio

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-018

Introducción: La infección por H. pylori presenta alta prevalencia en Latinoamérica y se asocia a gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico. La evidencia sobre terapia dual con P-CABs y amoxicilina proviene mayoritariamente de estudios asiáticos, con escasos datos disponibles en población chilena.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la terapia dual con fexuprazán-amoxicilina como esquema de primera línea para la erradicación de H. pylori en pacientes naïve de un hospital público terciario.

Métodos: Estudio piloto, prospectivo, observacional, de un solo brazo, con 52 pacientes con test de ureasa positivo en endoscopía digestiva alta, tratados con fexuprazán 40 mg c/12h + amoxicilina 1 g c/8h por 14 días. La adherencia se verificó telefónicamente y la erradicación se confirmó con test de antígeno en deposiciones post-tratamiento. Se calcularon tasas de erradicación por intención de tratar (ITT) y por protocolo (PP).

Resultados: Edad media 51,1 años (rango 19-79), predominio femenino (71,2%). Tabaquismo activo en 44,2% y antecedente familiar de cáncer gástrico en 28,8%. Adherencia confirmada 92,3%. Un 38,5% reportó al menos un evento adverso gastrointestinal leve, sin eventos graves ni discontinuaciones. La confirmación post-tratamiento se obtuvo en 37/52 pacientes (28,8% de pérdida de seguimiento). La tasa de erradicación fue 42,3% (ITT) y 59,5% (PP), bajo el umbral de 90% recomendado por Maastricht VI.

Conclusión: En esta experiencia piloto en un centro de atención terciaria, la terapia dual fexuprazan-amoxicilina mostró buena tolerabilidad y adherencia, pero tasas de erradicación inferiores a los estándares mínimos requeridos. La pérdida de seguimiento podría

explicar parcialmente este resultado, pero resulta necesario investigar otros factores, como la resistencia antibiótica no evaluada o la dosis e intervalo de amoxicilina utilizada, en un estudio prospectivo con mayor tamaño muestral, test de susceptibilidad antibiótica y seguimiento reforzado.

Palabras clave: Endoscopia, Test de Ureasa, Helicobacter pylori; Amoxicilina; Fexuprazan

#31 ORAL ENDOSCOPÍA

REPRODUCIBILIDAD DE LA ESCALA DE BARCELONA PARA EVALUAR LIMPIEZA MUCOSA EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: ESTUDIO MULTICENTRICO HISPANOAMERICANO

RAUL ARAYA JOFRE

Clinica Universidad de los Andes y Hospital Militar de Stgo.

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-019

Introducción: La adecuada visualización de la mucosa, durante la endoscopia digestiva es indicador de calidad para la detección de lesiones significativas. La Escala de Barcelona ha demostrado ser una herramienta válida para evaluar la limpieza mucosa en la endoscopia alta y mejorar la detección de lesiones, aunque su aplicabilidad solo ha sido evaluada en España.

Objetivo: Evaluar la reproducibilidad interobservador e intraobservador de la Escala de Barcelona en endoscopistas de Hispanoamérica tras una formación breve estandarizada.

Métodos: Estudio multicéntrico internacional de reproducibilidad basado en imágenes endoscópicas con participación de 29 endoscopistas de 7 países de Hispanoamérica. Se evaluaron 100 imágenes de los cinco segmentos del tracto digestivo superior que contaban con una puntuación de referencia basada en el consenso de 7 endoscopistas expertos. Tras una breve formación estandarizada, los participantes puntuaron cada imagen mediante la Escala de Barcelona, con valores de 0 a 2 según el grado de limpieza mucosa. La evaluación se repitió en una segunda ronda utilizando las mismas imágenes en distinto orden. Se analizaron la concordancia frente a la puntuación de referencia global por segmentos y la concordancia intra-observador.

Resultados: Se obtuvieron 2900 observaciones en cada evaluación. La concordancia global con puntuación de referencia fue 84,6% en primera evaluación y del 83,5% en segunda, con kappa ponderado lineal de 0,83 (IC 95% 0,810–0,841) y 0,81 (IC 95% 0,797–0,829), respectivamente. La concordancia por segmentos fue elevada en ambas evaluaciones, aunque menor en duodeno. La concordancia intraobservador ponderada media fue 0,831 (IC 95% 0,816–0,847).

Conclusiones: La Escala de limpieza de Barcelona muestra reproducibilidad adecuada entre endoscopistas hispanoamericanos tras formación breve. Estos resultados apoyan su aplicabilidad como herramienta sencilla para estandarizar la evaluación de limpieza mucosa durante la endoscopia alta.

Palabras clave: Escala de Barcelona, Limpieza, Endoscopia alta, Multicéntrico, Latinoamérica.

#34 ORAL

CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL CON FIT CUANTITATIVO EN 6.043 PACIENTES ASINTOMÁTICOS DEL PRENEC OSORNO

MAURICIO LEONARDO CÁCERES PÉREZ[1], J GONZÁLEZ-TEUBER[1], J CRUZ[1], C SCHULZ[1], J HURTADO[1], R NIETO[2], F LOPEZ[2]

[1]Hospital Base San José Osorno; [2]Universidad de Los Andes

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-020

Introducción: El tamizaje con test de sangre oculta en deposiciones inmunológico (FIT) es una herramienta eficaz para la detección de lesiones precursoras adenomatosas y cáncer colorrectal, que necesita validarse en nuestro medio, para ser usado en programas de cribado.

Objetivos: Estimar el valor predictivo positivo (VPP) del FIT para cáncer colorrectal y adenomas de alto y bajo grado, evaluar el efecto de su valor cuantitativo y describir los indicadores de calidad de un programa poblacional provincial, realizado en 2 periodos consecutivos.

Métodos: Cohorte retrospectiva del registro informático completo del programa PRENEC (N=6.043). Se calcularon VPP con intervalos de confianza en positivos con colonoscopía de calidad. La asociación entre factores de riesgo y hallazgos se evaluó con regresión logística multivariable ajustada por edad, sexo y resultado del FIT. Se calcularon indicadores de calidad endoscópica según estándares internacionales.

Resultados: La cohorte fue 71,3% femenina.De 6.043 enrolados, 5.106 (84,4%) tuvieron FIT procesados y 635 (12,4%) fueron positivos en al menos una ronda; 516 (81,3%) completaron colonoscopía. El VPP fue 4,3% (IC95% 2,8-6,4) para cáncer y 22,7% (IC95% 19,3-26,5) para adenoma avanzado. El valor cuantitativo mostró gradiente dosis-respuesta con cáncer colorrectal; los casos presentaron concentraciones significativamente mayores que los no casos (mediana 956 vs 273 µg/g en casos vs no casos; p=0,0007). Los indicadores de calidad cumplieron los estándares: intubación cecal 95,5%, tasa de detección de adenomas 36,2%, complicaciones 0,3% (2/683). Persistieron brechas de adherencia en el tramo de menores ingresos (78,4% vs 100%; p=0,005).

Conclusión: El FIT+/++ seguido de Colonoscopia mostró un rendimiento diagnóstico y una calidad endoscópica comparables a los mejores programas de cribado internacionales. Su valor cuantitativo lo convierte en un método fiable, eficaz y reproducible en nuestro medio y permitiría reducir la inequidad en el acceso a un diagnóstico precoz.

#42 ORAL HEPATOLOGÍA

CONCORDANCIA ENTRE ELF Y FIBROSCAN PARA FIBROSIS POR MASLD SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL: ESTUDIO PILOTO EN CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

PABLO RUBILAR ARAYA, MARIA FRANCISCA REYES GAJARDO, RODRIGO MARIO FUNES FERRADA, CATALINA ANTONIA ROA VALENZUELA, SAMANTHA JISHAN WU, GABRIEL MEZZANO PUENTES, JAVIER BRAHM BARRIL, LORENA CASTRO SOLARI, NIDIA FABIOLA CASTRO PRETER

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-021

Introducción: MASLD es la hepatopatía crónica más prevalente, con progresión hacia fibrosis y cirrosis en subgrupos de riesgo. El test Enhanced Liver Fibrosis (ELF) y la elastografía transitoria controlada por vibración (FibroScan®) son las pruebas no invasivas más validadas para estadificar fibrosis, pero su concordancia en pacientes con obesidad, donde la señal elastográfica puede fallar, siendo poco estudiado en cohortes latinoamericanas.

Objetivos: Evaluar la concordancia entre ELF y FibroScan para el diagnóstico de fibrosis avanzada y cirrosis en pacientes con MASLD, e indagar si dicha concordancia disminuye según el IMC.

Métodos: Estudio piloto observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes adultos con MASLD del Programa de Enfermedades Hepáticas de la Clínica Universidad de los Andes con ELF y FibroScan en el mismo período. Se clasificó en tres categorías según Younossi et al. (CGH 2026): sin fibrosis avanzada, fibrosis avanzada y cirrosis probable, usando FibroScan (<10;10–15;>15 kPa) y ELF (<9,8;9,8–11,3;11,3). La concordancia se evaluó mediante Kappa de Cohen ponderado (pesos cuadráticos) y correlación de Spearman entre valores continuos.

Resultados: Se analizaron 12 pacientes (edad 68,5 [60,5–70,5] años; 50% mujeres; IMC 30,8 [28,1–35,1] kg/m2; 50% con DM2). Concordancia categórica en 8/12 (67%); Kappa ponderado = 0,71 (IC95% bootstrap 0,21–0,93); correlación de Spearman rho=0,71 (p=0,0095) entre kPa y ELF continuos. Los discordantes correspondieron predominantemente a ELF en rango de fibrosis avanzada pese a FibroScan sin fibrosis avanzada, en sujetos con IMC elevado.

Conclusión: ELF y FibroScan mostraron concordancia sustancial (Kappa ponderado=0,71) y correlación significativa entre sus valores continuos, según los puntos de corte de Younossi et al., aunque el IC95% amplio, propio del bajo N piloto, limita la solidez de esta estimación. Las discordancias sugieren un rol del IMC en la clasificación errónea de fibrosis, con un rol a futuro en la evaluación dual con ambos métodos en pacientes obesos.

Palabras clave: MASLD; Fibrosis Hepática; Elastografía de Transición; Biomarcadores.

Paciente	FibroScan (kPa)	ELF	IMC	Categoría FibroScan	Categoría ELF	Resultado
1	10,3	9,4	39,5	Fibrosis avanzada	Sin fibrosis avanzada	Discordante
2	4,0	10,0	35,5	Sin fibrosis avanzada	Fibrosis avanzada	Discordante
3	20,4	11,7	38,0	Cirrosis probable	Cirrosis probable	Concordante
4	6,3	10,5	39,0	Sin fibrosis avanzada	Fibrosis avanzada	Discordante
5	12,8	9,9	28,1	Fibrosis avanzada	Fibrosis avanzada	Concordante
6	13,5	10,0	29,0	Fibrosis avanzada	Fibrosis avanzada	Concordante
7	24,0	11,3	35,0	Cirrosis probable	Cirrosis probable	Concordante
8	8,8	9,7	23,0	Sin fibrosis avanzada	Sin fibrosis avanzada	Concordante
9	3,4	9,1	22,9	Sin fibrosis avanzada	Sin fibrosis avanzada	Concordante
10	10,9	11,1	30,5	Fibrosis avanzada	Fibrosis avanzada	Concordante
11	5,2	9,6	28,7	Sin fibrosis avanzada	Sin fibrosis avanzada	Concordante
12	7,4	10,1	35,4	Sin fibrosis avanzada	Fibrosis avanzada	Discordante

Categorías: sin fibrosis avanzada (FibroScan <10 kPa / ELF <9,8), fibrosis avanzada (FibroScan 10–15 kPa / ELF 9,8–11,3) y cirrosis probable (FibroScan >15 kPa / ELF ≥11,3). Filas en rojo = discordancia; filas en verde = concordancia. Concordancia global: 8/12 (66,7%). Kappa ponderado (pesos cuadráticos) = 0,71 (IC95% bootstrap 0,23–0,92); correlación de Spearman entre valores continuos rho=0,71 (p=0,0055).

#45 ORAL HEPATOLOGÍA

EFECTO DEL ÁCIDO LINOLEICO SOBRE LA RESISTENCIA A LA INSULINA Y MARCADORES DE SALUD HEPÁTICA EN HUMANOS Y RATONES

LONI BERKOWITZ FIEBICH, MARIANO OLSEN FOPPIANO, CAMILA PIZARRO, ISIDORA LOPEZ, DANIELA SARA ZAROR, GLENDA COFRÉ ARANEDA, ATTILIO RIGOTTI

Pontificia Universidad Católica de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-022

Introducción: La resistencia a la insulina es un determinante central de la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD), siendo la dieta uno de sus principales factores modificables. El ácido linoleico (LA), principal ácido graso omega-6 dietario, presenta evidencia controversial: estudios observacionales asocian mayores niveles de LA con menor riesgo metabólico, mientras estudios experimentales sugieren posibles efectos prooxidantes y daño hepático.

Objetivos: Evaluar el efecto de una intervención con aceite rico en LA sobre la resistencia a la insulina y la salud hepática en sujetos con resistencia a la insulina, y en un modelo murino de síndrome metabólico.

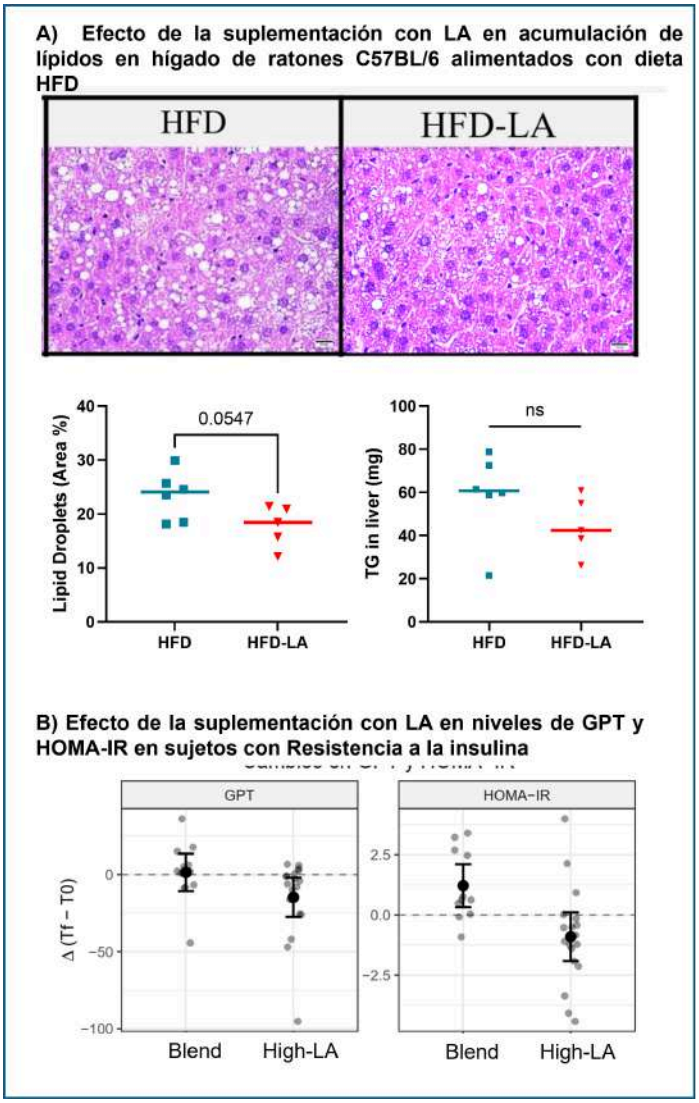
Métodos: Treinta sujetos fueron aleatorizados a aceite control o alto en LA (n=15/grupo; 0,4 mL/kg/día, 2 meses). Se evaluó antropometría, metabolismo glucídico y enzimas hepáticas; se comparó mediante ANCOVA ajustado por edad y sexo (entre grupos) o Wilcoxon pareado (intragrupo). Ratones C57BL/6 (n=5-6/grupo) recibieron HFD (60% kcal grasa) o HFD suplementada con 10% de aceite alto en LA durante 10 semanas. Se comparó tolerancia a glucosa e insulina, gotas lipídicas y triglicéridos en hígado por test de Mann-Whiteny.

Resultados: En humanos, se observaron diferencias entre grupos en el cambio de insulina y HOMA-IR (p=0,011 y p=0,010, respectivamente), con tendencia a disminuir en el grupo suplementado con LA y a aumentar en el control. El grupo suplementado también redujo GOT y GPT respecto al basal (p=0,026 y p=0,025), sin diferencias entre grupos. En ratones no hubo diferencias en tolerancia a glucosa o insulina; la suplementación con LA mostró una tendencia a menor acumulación hepática de gotas lipídicas (p=0,055) y de triglicéridos (p=0,11).

Conclusión: En humanos, la ingesta de aceite rico en LA produjo cambios favorables en la resistencia a la insulina respecto al control, sin evidencia de efectos hepáticos adversos. Las tendencias observadas en el modelo murino sugieren además una posible menor acumulación lipídica hepática. En conjunto, estos resultados cuestionan los efectos adversos atribuidos al LA y respaldan su evaluación en estudios de mayor tamaño y duración.

Palabras clave: Resistencia a la Insulina, Ácido Linoleico, Hígado Graso.

Efecto de suplementación con ácido linoleico en modelo murino de sindrome metabólico y en humanos con resistencia a la insulina



#47 ORAL HEPATOLOGÍA

LA PÉRDIDA DE PESO MEJORA LA RIGIDEZ HEPÁTICA Y LA ESTEATOSIS EN MASLD: VALIDACIÓN DEL CRITERIO DE BAVENO VIII EN UNA COHORTE CHILENA

NICOLÁS ORTIZ-LÓPEZ, JAIME PONIACHIK TELLER, MÁXIMO CATTANEO BUTELER, KATHERINE ROJAS ROMO, ÁLVARO URZÚA MANCHEGO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-023

Introducción: El consenso de Baveno VIII estableció que, en pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada compensada asociada a MASLD, un cambio relativo confirmado 30% en la rigidez hepática (LSM) representa una variación clínicamente relevante del riesgo de eventos hepáticos. Ese criterio no ha sido evaluado en población latinoamericana ni frente a un desenlace clínico accesible como el cambio de peso.

Objetivo: Determinar si la pérdida ponderal se asocia a mejoría de los dos parámetros del examen —esteatosis medida por CAP y rigidez hepática— aplicando el umbral de Baveno VIII.

Métodos: Registro de 5.604 elastografías realizadas en nuestro centro entre 2023 y 2026 en 5.039 pacientes. Se incluyeron los 2.336 que consintieron participar; 1.087 tenían MASLD, 152 contaban con

2 estudios y 86 con un intervalo 6 meses, que constituyeron la cohorte. Se definió pérdida ponderal relevante como descenso del IMC 5% y mejoría de la rigidez hepática como un descenso relativo del LSM 30%, según el criterio de Baveno VIII. Se aplicaron pruebas de Wilcoxon y McNemar para datos pareados, prueba exacta de Fisher y regresión logística ajustada por LSM basal, edad, sexo y diabetes.

Resultados: Edad 59 años (21-77 años), 67% mujeres, IMC basal 29,8 kg/m², diabetes 30%. Intervalo mediano entre estudios 17,6 meses (RIC 13,3–21,3); Veintisiete pacientes (31,4%) presentaron pérdida ponderal 5%, con una mediana de 11,5% del peso corporal.

El CAP descendió de 299 a 272 dB/m (18 dB/m; p=0,006) y los pacientes con CAP 280 dB/m disminuyeron de 51 a 36 (McNemar p=0,008); el descenso fue mayor en quienes bajaron de peso (32 vs 9 dB/m). Doce pacientes (14,0%) cumplieron el criterio de Baveno VIII de mejoría de la rigidez hepática, y esta se asoció de forma robusta a la pérdida ponderal: 29,6% de quienes bajaron 5% del peso frente a 6,8% de los sin pérdida 5% (OR 5,79; p=0,008). La asociación se mantuvo tras ajustar por LSM basal, edad, sexo y diabetes (OR 5,27; IC95% 1,30–21,35; p=0,020) y se reforzó al restringir el análisis a los pacientes evaluados con el mismo tipo de sonda en ambos estudios (33,3% vs 4,9%; OR 9,75; p=0,005). Una pérdida ponderal 10% se asoció a mejoría en 37,5% frente a 8,6% de los que no bajaron 10% (p=0,008). El LSM basal más alto fue el otro predictor independiente de mejoría (OR 4,02 por unidad logarítmica; IC95% 1,29–12,49; p=0,016).

Conclusión: La pérdida de peso se asocia a la mejoría de la rigidez hepática definida según iel criterio de Baveno VIII, multiplicando por cinco la probabilidad de alcanzarlo, asi como a la mejoría de la esteatosis medida por CAP. Estos resultados validan en población chilena el umbral de descenso 30% del LSM como marcador de respuesta al tratamiento de la obesidad, y respaldan su uso —junto con el CAP— para monitorizar a los pacientes con MASLD en la práctica clínica.

Palabras clave: Fibrosis hepática, elastografía, esteatosis hepática, índice de masa corporal.

Figura 1. Pérdida ponderal y parámetros elastográficos en MASLD (n=86). (A) Cambio del CAP según pérdida ponderal ?5% del IMC (? global ?18 dB/m; p=0,006). (B) Proporción que alcanza el criterio de Baveno VIII de mejoría de la rigidez hepática (descenso del LSM ?30%): 29,6% vs 6,8%; OR 5,79; p=0,008. (C) Modelo multivariado: la pérdida ponderal ?5% (OR 5,27; IC 95% 1,30–21,35) y el LSM basal (OR 4,02; 1,29–12,49) fueron predictores independientes. En rojo, p<0,05.



#49 ORAL HEPATOLOGÍA

FIB-4 NORMAL NO EXCLUYE FIBROSIS AVANZADA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

FRANDO RODOLFO BORTOLAMEOLLI VILLAVICENCIO, IVÁN NICOLÁS MORAGA SÁEZ, ÁLVARO MIGUEL URZÚA MANCHEGO, DANIELA MARÍA SIMIAN MARÍN, PATRICIA CAROLINA GÓMEZ GÓMEZ, MÁXIMO JOSÉ CATTANEO BUTELER, KATHERINE DANIELA ROJAS ROMO, JAIME MELCHOR PONIACHIK TELLER

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-024

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) tiene alta prevalencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Para su tamizaje se usa ampliamente el índice FIB-4, sin embargo, valores normales no excluyen fibrosis hepática clínicamente relevante, en especial en pacientes con DM2.

Objetivos: Evaluar la presencia de fibrosis avanzada en pacientes con DM2 y FIB-4 normal referidos para elastografía de transición (TE) por Fibroscan® y explorar las variables asociadas a mayor riesgo de fibrosis en este subgrupo.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en pacientes con DM2 referidos para TE por Fibroscan®. Pacientes con hepatopatías crónicas no MASLD fueron excluidos. Se definió fibrosis avanzada como F3-F4 y significativa como F2 según la medición de rigidez hepática (LSM). FIB-4 se clasificó como elevado con puntos de corte por edad (>1.3 en <65 años y >2.0 en 65 años). Se incluyeron variables demográficas, clínicas y bioquímicas como gamma glutamil transferasa (GGT). Los factores asociados a fibrosis avanzada se evaluaron con regresión logística multivariable ajustado por edad, sexo, índice de masa corporal (IMC) y GGT. La GGT se transformó logarítmicamente en base 2 y se expresó por cada duplicación.

Resultados: Se incluyeron en total 348 pacientes; 122 (35%) tenía FIB-4 normal y 226 (65%) tenía FIB-4 elevado. La presencia de fibrosis avanzada fue más frecuente en el grupo FIB-4 elevado (62% vs 20%, OR 6,43, IC 95% 3,84-10,77, p<0,001). En el grupo con FIB-4 normal, un 20% tenía fibrosis avanzada y un 37% fibrosis significativa. Los factores asociados a fibrosis avanzada en el grupo FIB-4 normal fueron índice de masa corporal (IMC) (aOR 1,12, IC95% 1,02 – 1,22, p=0,010) y GGT por duplicación (aOR 1,75, IC95% 1,22 – 2,51, p=0,002).

Conclusión: En pacientes con DM2 referidos para TE, uno de cada cinco con FIB-4 normal presentó fibrosis avanzada. Un IMC y GGT más elevados podrían identificar a pacientes en que el FIB-4 subestima el riesgo.

Palabras clave: Esteatohepatitis Asociada a Disfunción Metabólica, Cirrosis Hepática, Diabetes Mellitus Tipo 2, elastografía

N = 348	FIB-4 alterado N = 226 (65%)	FIB-4 normal N = 122 (35%)	Valor p
Edad (años), mediana (rango)	63 (35 – 87)	61,5 (20 – 84)	0,074
Sexo, n (%) Femenino Masculino	128 (57) 98 (43)	84 (66) 38 (31)	0,026
IMC (Kg/m2) (n = 355), mediana (rango)	29,9 (19,4 – 56,3)	30,1 (20,4 – 54,1)	0,763
HTA, n (%)	**144 (64)**	**73 (60)**	**0,476**
Dislipidemia, n (%)	26 (11)	22 (18)	0,092
GGT (U/L) (n = 339), mediana (rango)	64,9 (10 – 1123)	38 (11 – 2847)	< 0,001
LSM (kPa), mediana (rango)	11,4 (3,4 – 75)	5,8 (3,2 – 22,5)	< 0,001
Fibrosis, n (%) F0 F1 F2 F3 F4	18 (8) 41 (18) 26 (11) 30 (13) 111 (49)	19 (16) 59 (48) 19 (16) 7 (6) 18 (15)	< 0,001
Fibrosis avanzada (F3 - F4), n (%)	141 (62)	25 (20)	< 0,001
Fibrosis significativa (> F2), n (%)	167 (74)	44 (36)	< 0,001
CAP (dB/m), mediana (rango)	274 (100 – 400)	303 (131 – 398)	0,0001

IMC: índice de masa corporal; HTA: hipertensión arterial; GGT: gamma glutamil transferasa; LSM: rigidez hepática; CAP: Parámetro de Atenuación Controlado.

Variable	OR crudo (IC95%)	Valor p	aOR (IC95%)	Valor p
IMC en kg/m²	1,07 (0,99 – 1,16)	0,057	1,12 (1,02 – 1,22)	0,010
GGT por duplicación	1,57 (1,13 – 2,19)	0,007	1,75 (1,22 – 2,51)	0.002
Sexo masculino (ref.: femenino)	0,82 (0,31 – 2,18)	0.703	0,69 (0,23 – 2,08)	0,519
Edad en años	1,01 (0,97 – 1,05)	0,408	1,02 (0,98 – 1,07)	0,215

IMC: índice de masa corporal; GGT: gamma glutamil transferasa.

#53 ORAL HEPATOLOGÍA

ECOGRAFÍA, TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA FRENTE A LA ELASTOGRAFÍA: LA OBESIDAD GRAVE ANULA LA CAPACIDAD DE LA ECOGRAFÍA PARA DETECTAR ESTEATOSIS Y EL RÓTULO DE DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO ES MUY INESPECÍFICO PARA ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA AVANZADA.

ÁLVARO URZÚA MANCHEGO, NICOLÁS ORTIZ-LÓPEZ URZUA, KATHERINE ROJAS ROMO, MÁXIMO CATTANEO BUTELER, JAIME PONIACHIK TELLER
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-025

Introducción: La ecografía abdominal es el primer examen en la mayoría de los pacientes con sospecha de enfermedad hepática, y sus informes rotulan "esteatosis" o "daño hepático crónico" (DHC) con implicancias directas para el paciente y la conducta clínica.

Objetivo: Evaluar la concordancia entre ecografía abdominal y otras imágenes convencionales con la elastografía en una cohorte de nuestro centro.

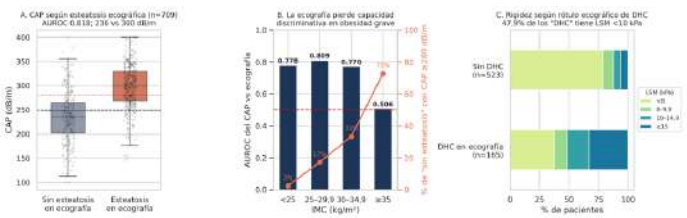
Método: Se utilizó el registro prospectivo en REDCap de elastografías hepáticas de transición de nuestro centro (octubre 2023 a agosto 2026). Se registró la imagen previa aportada por el paciente al momento de la elastografía: ecografía, tomografía computada (TAC) y/o resonancia magnética. Se compararon los hallazgos de esteatosis en los estudios de imágenes con el CAP y el rótulo de DHC en las imágenes con el LSM mediante AUROC con IC95% por bootstrap.

Resultados: De 5.604 elastografías en 5.039 pacientes, se incluyeron los pacientes con consentimiento y primer estudio válido (n=2.330). Se incluyeron 723 ecografías, 186 TAC y 101 resonancia, con una mediana de 68 días (RIC 28–143) entre la imagen y la elastografía. Para esteatosis, la AUROC del CAP fue 0,818 (IC95% 0,78–0,85) frente a ecografía, 0,771 frente a TAC y 0,710 frente a resonancia. El CAP mediano fue 300 vs 236 dB/m según presencia o ausencia de esteatosis ecográfica (p<0,001). Sin embargo, 37,7% de los pacientes sin esteatosis en la ecografía tenían CAP 248 dB/m y 18,5% tenían CAP 280 dB/m. Este desempeño se deterioró progresivamente con el IMC: la AUROC fue 0,809 con IMC 25–29,9, 0,770 con IMC 30–34,9 y 0,506 con IMC 35, categoría en la que 72,7% de los pacientes informados sin esteatosis presentaban CAP 280 dB/m. Para DHC, la AUROC del LSM fue 0,751 (ecografía), 0,769 (TAC) y 0,714 (resonancia). El 47,9% de los pacientes rotulados con DHC ecográfico tenía LSM <10 kPa y 35,2% <8 kPa; a la inversa, 13,0% de los sin DHC tenía LSM 10 kPa. Los discordantes (DHC ecográfico con LSM <10 kPa) tenían plaquetas más altas (224 vs 128 x10³/µL), menor GGT (34 vs 145 U/L), menor bilirrubina y FIB-4 más bajo (1,5 vs 3,8); todos p<0,001.

Conclusión: El rótulo ecográfico de esteatosis pierde por completo su capacidad discriminativa en obesidad grave, donde subestima marcadamente la carga de esteatosis. El rótulo de DHC es poco específico: casi la mitad de estos pacientes no tiene rigidez en rango de enfermedad hepática crónica avanzada. Los parámetros bioquímicos ayudan a identificar a éstos últimos. La elastografía debiera ser el examen de referencia en ambos escenarios.

Palabras clave: Elastografía hepática, ecografía abdominal, esteatosis hepática, daño hepático crónico.

Figura 1. (A) CAP según esteatosis ecográfica. (B) AUROC del CAP por categoría de IMC (barras) y proporción de informes sin esteatosis con CAP ? 280 dB/m (línea). (C) Distribución del LSM según el rótulo ecográfico de daño hepático crónico.



#55 ORAL HEPATOLOGÍA

COMPORTAMIENTO LONGITUDINAL DE LA RIGIDEZ HEPÁTICA EN HEPATITIS AUTOINMUNE: EL DESCENSO SE CONCENTRA EN LOS PACIENTES CON

ÁLVARO URZÚA MANCHEGO, NICOLÁS ORTIZ-LÓPEZ, KATHERINE ROJAS ROMO, MÁXIMO CATTANEO BUTELER, JAIME PONIACHIK TELLER
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-026

Introducción: En la hepatitis autoinmune (HAI) la rigidez hepática (LSM) refleja tanto fibrosis como actividad inflamatoria, lo que dificulta su interpretación.

Objetivo: Evaluar el comportamiento del LSM en el tiempo y su relación con las transaminasas como marcador de respuesta bioquímica.

Método: Estudio a partir del registro de elastografías hepáticas de nuestro centro (octubre de 2023-agosto de 2026). Se incluyeron los pacientes que consintieron participar y tenían HAI como diagnóstico de derivación. La cohorte longitudinal se definió como los pacientes con al menos dos elastografías separadas por un intervalo 6 meses, comparando el primer y el último estudio. El cambio del LSM se analizó como variable continua, en valores absolutos y relativos, y de forma descriptiva mediante el criterio de mejoría de Baveno VIII (descenso relativo 30%). Adicionalmente se realizó un análisis transversal de todos los estudios con ALT disponible. Se consideró ALT normal <35 U/L en mujeres y <40 U/L en hombres, y AST normal <32 y <40 U/L respectivamente. Se utilizaron las pruebas de Wilcoxon para datos pareados y de Mann-Whitney, y la correlación de Spearman.

Resultados: Del total de 5.604 elastografías en 5.039 pacientes, 2.336 pacientes consintieron participar; 221 tenían HAI como diagnóstico de derivación (307 estudios), 81 contaban con 2 elastografías y 71 cumplieron el intervalo 6 meses, constituyendo la cohorte longitudinal (edad 57 años [RIC 46-64], 86% mujeres, intervalo mediano 18,3 meses). El LSM descendió de 8,3 a 7,4 kPa (0,7 kPa; p=0,038). Trece pacientes (18,3%) alcanzaron el criterio de Baveno VIII, partiendo de un LSM mediano de 15,4 kPa y descendiendo a 5,2 kPa (5,8 kPa); cinco cruzaron desde 10 kPa a valores inferiores, y en total 8 de los 23 pacientes con LSM basal 10 kPa descendieron bajo ese umbral. El número de pacientes con LSM 8 kPa disminuyó de 36 a 27. Entre los 30 pacientes con ALT basal disponible, quienes presentaban actividad bioquímica al inicio mostraron un descenso marcadamente mayor del LSM: 2,6 frente a 0,25 kPa (p=0,033) y 27,9% frente a 2,3% (p=0,037). El análisis transversal incluyó 99 estudios: con ALT normal el LSM fue 5,7 kPa (RIC 4,7–8,0) frente a 8,3 kPa (6,2–14,4) con ALT elevada (p<0,001), con LSM 10 kPa en 15,3% vs 37,5%. Con AST normal, sólo 5,9% alcanzó LSM 10 kPa frente a 43,5% (p<0,001), y con ambas transaminasas normales, 4,3% vs 41,5% (p<0,001). El LSM se correlacionó con la ALT (rho 0,41; p<0,001).

Conclusión: En HAI el LSM desciende durante el seguimiento y ese descenso se concentra en pacientes con actividad bioquímica al inicio: casi uno de cada cinco alcanza el criterio de mejoría de Baveno VIII partiendo de valores en rango de enfermedad hepática crónica avanzada. La normalización de las transaminasas identifica a un grupo con rigidez marcadamente menor. Estos resultados respaldan diferir la estimación del grado de fibrosis hasta lograr la respuesta bioquímica, para evitar sobreestimar el estadio y decisiones clínicas innecesarias.

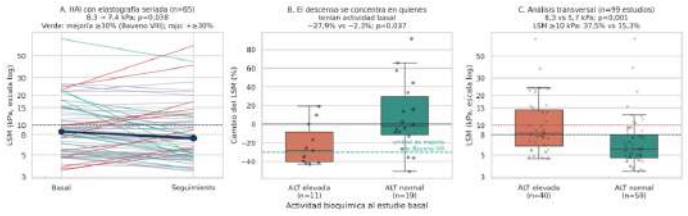
Palabras clave: Hepatitis autoinmune, elastografía hepática, fibrosis hepática.

Criterio de Baveno VIII (descenso del LSM 30%)	Valor
Pacientes que alcanzan el criterio, n (%)	13 (18.3)
LSM basal, kPa	15.4 (8.3–18.0)

LSM de seguimiento, kPa	5.2 (4.8–7.6)
Cambio absoluto, kPa	-5.80 (-13.80–-3.10)
Cambio relativo, %	-42.2 (-51.3–-35.8)
LSM basal 10 kPa, n	7 de 13
Cruzan de 10 a <10 kPa, n	5
Del total con LSM basal 10 kPa, descienden bajo 10 kPa	8 de 23
Intervalo entre estudios, meses	16.3 (12.8–21.0)

Los pacientes que alcanzan el criterio parten de valores significativamente más altos que el resto (LSM basal 15,4 vs 7,8 kPa; p=0,019).

Figura 1. (A) Trayectoria individual del LSM; en verde, los pacientes que alcanzan el criterio de Baveno VIII de mejoría (descenso ?30%); en rojo, los que presentan un aumento de igual magnitud; la línea gruesa representa la mediana. (B) Cambio relativo del LSM según la actividad bioquímica en el estudio basal; la línea discontinua marca el umbral de mejoría de Baveno VIII. (C) Análisis transversal del LSM según normalidad de la ALT; las líneas marcan los umbrales de 8 y 10 kPa.



#59 ORAL ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MEDIANTE CUESTIONARIO IMPACT III

CONSUELO ZEC GARCÍA[1], KATHRIN SCHOEN[2], MARIANNE ALEJANDRA KREBS STANGE[3], MARÍA NINOSKA LARA ARAVENA[3]

[1]HOSPITAL GUSTAVO FRICKE - HOSPITAL SAN CAMILO - UNIVERSIDAD VALPARAÍSO; [2]HOSPITAL GUSTAVO FRICKE - UNIVERSIDAD VALPARAÍSO; [3]HOSPITAL GUSTAVO FRICKE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-027

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica (EIIP) afecta significativamente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El cuestionario IMPACT III es una herramienta específica diseñada para medir la CVRS en esta población.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes pediátricos con EIIP en seguimiento en el Hospital Gustavo Fricke (HGF).

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes de 9 a 17 años con diagnóstico de EIIP en remisión clínica (PUCAI <10 y PCDAI <10), atendidos en el HGF. Se aplicó el cuestionario autoadministrado IMPACT III (versión español-Chile), compuesto por 35 ítems agrupados en 4 dominios: bienestar, funcionamiento emocional, funcionamiento social e imagen corporal. Las respuestas en escala de 5 puntos se transformaron a un rango de 0 a 100, donde valores más altos reflejan una mejor CVRS. Se obtuvieron además datos demográficos y clínicos. Se realizó análisis estadístico descriptivo y prueba T de Student para el análisis de variables. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del HGF.

Resultados: Se evaluó un total de 51 pacientes, la edad promedio fue de 13,2 años, 27 pacientes (53%) sexo masculino, 36 (70%) tenían colitis ulcerosa y 11 (21%) enfermedad de Crohn; 14 pacientes (27%) se encontraban con terapia biológica. El puntaje promedio de CVRS fue 68,54 (DS ± 13,47) sin diferencias entre los sexos; el funcionamiento emocional fue el dominio más afectado (Promedio 55,74. DS±17,1), seguido por el de imagen corporal (Promedio 68,3. DS±16,1), y en el grupo de los mujeres hubo diferencia significativa en el dominio de funcionamiento social (77,2 vs 55,8. p = 0,01). No hubo diferencia entre los pacientes con terapia biológica.

Conclusión: La medición de la CVRS en nuestra población fue similar a otros estudios nacionales, pero menor a la observada en países desarrollados. Parte de los objetivos de tratamiento es la restitución de la calidad de vida, por lo que es importante medir la CVRS y la encuesta IMPACT-III es una herramienta útil y simple para orientar el manejo integral y el soporte psicosocial de los pacientes en el seguimiento clínico.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Calidad de Vida, Pediatría.

#60 ORAL HEPATOLOGÍA

LA CARGA METABÓLICA, Y NO LA ESTEATOSIS MEDIDA POR CAP, SE ASOCIA A FIBROSIS SIGNIFICATIVA EN HEPATITIS AUTOINMUNE Y COLANGITIS BILIAR PRIMARIA.

ÁLVARO URZÚA MANCHEGO, NICOLÁS ORTIZ-LÓPEZ URZUA, MÁXIMO CATTANEO BUTELER, KATHERINE ROJAS ROMO, JAIME PONIACHIK

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-028

Introducción: La coexistencia de disfunción metabólica con enfermedad hepática autoinmune es cada vez más frecuente y podría modificar el riesgo de fibrosis. No está claro si lo relevante es la esteatosis hepática en sí o el perfil metabólico del paciente.

Objetivo: Evaluar la asociación entre carga metabólica, esteatosis medida por CAP y fibrosis estimada por elastografía en pacientes con hepatitis autoinmune (HAI) y colangitis biliar primaria (CBP).

Método: Estudio retrospectivo a partir del registro prospectivo de elastografías hepáticas del Hospital Clínico Universidad de Chile, entre octubre de 2023 y agosto de 2026. Se incluyeron los pacientes adultos que consintieron participar en el registro, con HAI o CBP como diagnóstico de derivación y rigidez hepática (LSM) válida en su primer estudio. Se definió fibrosis significativa como LSM 8 kPa y esteatosis como CAP 248 dB/m, y se construyó un índice de carga metabólica (0–4) sumando IMC 25 kg/m², diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia. Se emplearon Kruskal-Wallis, chi-cuadrado de tendencia, correlación de Spearman, AUROC y regresión logística multivariada ajustada por edad, sexo, diagnóstico, componentes metabólicos y CAP.

Resultados: De 5.604 elastografías realizadas en 5.039 pacientes, 2.336 consintieron participar; 359 adultos cumplieron los criterios de inclusión (HAI 206, CBP 153). Edad mediana 58 años (RIC 49–66), 87,2% mujeres, IMC 26,8 kg/m²; 63,2% tenía sobrepeso u obesidad, 27,9% hipertensión y 12,8% diabetes. El LSM mediano fue 6,3 kPa (RIC 5,0–9,4), con fibrosis significativa en 33,7% y LSM 15 kPa en 12,8%; el CAP mediano fue 233 dB/m, con esteatosis en 37,9%. La fibrosis significativa aumentó progresivamente con la carga metabólica: 24,4% con cero criterios, 30,4% con uno, 44,4% con dos y 58,3% con tres o más (p de tendencia <0,001; rho 0,21; p<0,001), con un patrón equivalente para LSM 15 kPa (10,0% a 25,0%). En contraste, el CAP no discriminó fibrosis: el LSM fue idéntico con o sin esteatosis (6,2 vs 6,3 kPa; p=0,98) y la AUROC del CAP para LSM 8 kPa fue 0,500. En el modelo multivariado se asociaron independientemente a fibrosis significativa la diabetes (OR 2,48; IC95% 1,24–4,96), el IMC (OR 1,41 por 5 kg/m²; 1,04–1,93) y el diagnóstico de HAI frente a CBP (OR 1,73; 1,06–2,82), mientras que el CAP mostró una asociación inversa marginal (OR 0,995 por dB/m; p=0,041). El gradiente de relación entre factores metabólicos y fibrosis fue consistente en ambas enfermedades, sin diferencias significativas entre ellas (p=0,388)

Conclusión: En enfermedad hepática autoinmune, la carga metabólica se asocia de forma gradual e independiente a fibrosis significativa, mientras que la esteatosis cuantificada por CAP no se asocia a la rigidez hepática. La evaluación del riesgo de fibrosis en estos pacientes debería incorporar el perfil metabólico y no apoyarse en el CAP, cuyo uso en este contexto puede inducir a error.

Palabras clave: Hepatitis autoinmune, colangitis biliar primaria, fibrosis hepática

#61 ORAL

DESARROLLO Y CARACTERIZACIÓN DE ORGANOIDES HEPÁTICOS HUMANOS A PARTIR DE TEJIDO HEPÁTICO

VALENTINA PAZ FUENTES VALENZUELA, FERNANDA CABRERA REYES, CAROLINA BIZAMA, PATRICIA GARCIA, SILVANA ZANLUNGO
Pontificia Universidad Católica de Chile
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-029

Introducción: Las alteraciones hepáticas representan un importante problema de salud pública en Chile, principalmente debido al aumento de la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD), estrechamente relacionada con obesidad y diabetes mellitus tipo 2. En este contexto, los organoides hepáticos humanos constituyen una herramienta experimental que permite reproducir características de la organización y función hepática, facilitando el estudio de los mecanismos celulares y moleculares asociados a su progresión.

Objetivos: Desarrollar y caracterizar organoides hepáticos humanos derivados de tejido y evaluar preliminarmente su utilidad como modelo in vitro de acumulación lipídica.

Metodología: Se obtuvo muestra de tejido hepático humano a partir de una biopsia hepática proporcionada por el Biobanco Institucional del Servicio de Anatomía Patológica UC. La muestra fue procesada para aislar y cultivar células progenitoras en condiciones de generación de organoides. Los organoides fueron caracterizados en estado progenitor y diferenciado mediante evaluación morfológica e inmunofluorescencia, utilizando SOX9 y HNF4 como marcadores celulares. Posteriormente, los organoides en estado progenitor fueron tratados con ácido palmítico y ácido oleico (AP/AO), y la acumulación lipídica fue evaluada mediante tinción con BODIPY.

Resultados: Se establecieron cultivos de organoides hepáticos humanos a partir de tejido obtenido mediante biopsia, observándose la formación de estructuras tridimensionales compatibles con organoides. La caracterización mediante inmunofluorescencia permitió evidenciar un fenotipo progenitor asociado a la expresión de SOX9 y la adquisición de características hepatocitarias durante la diferenciación, evidenciada por la expresión de HNF4. Tras la exposición a AP/AO, se observó un aumento de la señal de BODIPY, consistente con una mayor acumulación de lípidos intracelulares.

Conclusión: Estos resultados respaldan la factibilidad de generar y caracterizar organoides hepáticos humanos derivados de tejido, además de inducir en ellos una respuesta de acumulación lipídica mediante exposición a ácidos grasos.

Palabras clave: Organoides; Hígado; Esteatosis hepática; Cultivo de células progenitoras.

#62 ORAL HEPATOLOGÍA

COBERTURA DE INMUNIZACIÓN EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.

MIGUEL BONILLA FIGUEREDO[1], MOISÉS AARÓN OROPEZA HERNÁNDEZ[1], JAVIER BRAHM BARRIL[2], GABRIEL MEZZANO PUENTES[2], FABIOLA CASTRO PRETER[2], ANTONIA SANCHEZ TEPPER[2], LORENA CATALINA CASTRO SOLARI[2]
[1]Residente de Gastroenterología; [2]Clínica Universidad de los Andes
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-030

Introducción: La cirrosis hepática confiere un estado de disfunción inmune que aumenta la morbimortalidad por infecciones prevenibles. Aunque las guías clínicas recomiendan esquemas, existe escasa información sobre las tasas en la práctica clínica habitual.

Objetivo: Describir el perfil demográfico-clínico y evaluar la tasa de cobertura de inmunizaciones de pacientes con cirrosis hepática

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con cirrosis hepática bajo control en el programa de Hepatología de la Clínica Universidad de los Andes. Se analizaron variables demográficas, etiología y severidad según Child-Pugh. El estado de inmunización se verificó mediante el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) del Ministerio de Salud.

Resultados: Se incluyeron 211 pacientes (mediana edad: 66 años; 50,2% hombres). Las etiologías principales fueron disfunción metabólica (MASLD) (50,7%), alcohol (11,8%), hepatitis autoinmune (6,6%) y colangitis biliar primaria (6,2%), características detalladas en la Figura 1. El 95,1% presentaba cirrosis compensada (Child-Pugh A). La cobertura de inmunización documentada fue: Influenza 72,5%; Neumocócica polisacárida 23V 47,4%; COVID-19 31,8%; Hepatitis B 24,2%; dTpa 21,3%; Hepatitis A 20,4%; Neumocócica conjugada 13V 19,9% y VRS 0,9%. Las tasas comparativas exactas de cobertura frente a la brecha inmunológica se exponen en la Figura 2

Conclusiones: Pese a una cobertura relativamente favorable para influenza, se evidenció una brecha marcada en el resto de las vacunas recomendadas, particularmente neumocócica, hepatitis viral y VRS. Dado que la mayoría de los pacientes se encontraba en etapa compensada, existe una ventana de oportunidad para sistematizar la derivación a inmunización durante el seguimiento y así reducir el riesgo de infecciones prevenibles en esta población.

Figura 1. Características de la población.

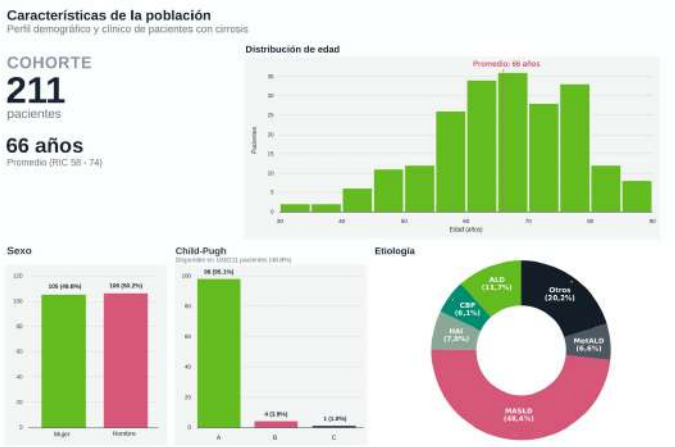


Figura 2. Cobertura y brecha de vacunación en pacientes con cirrosis



#64 ORAL EDUCACIÓN MÉDICA

CARACTERIZACIÓN DE LOS GASTROENTERÓLOGOS DE ADULTOS EN CHILE Y SU DISTRIBUCIÓN ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO

JUAN CARLOS SAID ROJAS[1], LARISSA VIVIANA ALEMÁN FRANCO[2], PATRICK SADLER SPENCER[1], FERNANDA MATAMALA GONZÁLEZ[1], VERÓNICA SILVA FIGUEROA[1], EDMUNDO ARAVENA TORRES[1], JAIME PONIACHIK TELLER[2]
[1]Hospital San Borja; [2]Hospital Clínico de la Universidad de Chile
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-031

Introducción: En Chile, la gastroenterología concentra una de las listas de espera más extensas del sector público, con más de 62.000 interconsultas esperando resolución en la especialidad a diciembre de 2025. La migración de beneficiarios desde Isapres a Fonasa y el envejecimiento de la población cubierta por el seguro estatal

anticipan una mayor demanda por la especialidad. Sin embargo, existe escasa información nacional sobre la distribución de los gastroenterólogos entre los sectores público y privado a nivel regional.

Conocer cómo se distribuyen es fundamental para planificar estrategias orientadas a mejorar el acceso y reducir las brechas de atención.

Objetivo: Caracterizar a los gastroenterólogos de adultos en Chile y describir la distribución regional de su jornada entre los sectores público y privado.

Métodos: Estudio transversal descriptivo basado en registros administrativos con corte a diciembre de 2025. Se vinculó el registro de especialistas de la Superintendencia de Salud con los contratos de los Servicios de Salud. Se incluyeron gastroenterólogos de adultos menores de 75 años. Se analizaron edad, sexo, nacionalidad, región de trabajo y horas contratadas. Se estimaron las jornadas completas equivalentes (JCE) asumiendo una dedicación total de 44 horas semanales, atribuyendo al sector privado las horas no contratadas en el público. Se calcularon las JCE por 100.000 beneficiarios de 15 años o más de Fonasa e Isapres. Los especialistas con y sin contrato público se compararon con las pruebas de Wilcoxon-Mann-Whitney y de chi-cuadrado o exacta de Fisher.

Resultados: De 478 gastroenterólogos que cumplieron los criterios, 193 (40,4%) tenían contrato en el sector público y 285 (59,6%) ejercían solo en el sector privado. El 69% de los privados exclusivos y el 48% de quienes tenían contrato público se concentraban en la Región Metropolitana. Los médicos con contrato público eran más jóvenes (mediana 44 frente a 56 años; p<0,001) e incluían más extranjeros (25% frente a 15%; p=0,010) y más mujeres en edad fértil (34% frente a 18%; p<0,001). El sector público reunió 113,4 JCE (23,7% del total nacional). En las diferentes regiones del país, las JCE públicas fueron de 0,41 a 3,49 por 100.000 beneficiarios de Fonasa. Una región (Tarapacá) no registró ninguna JCE pública. En términos de JCE por 100.000 beneficiarios, la disponibilidad fue 21 veces mayor en Isapres que en Fonasa.

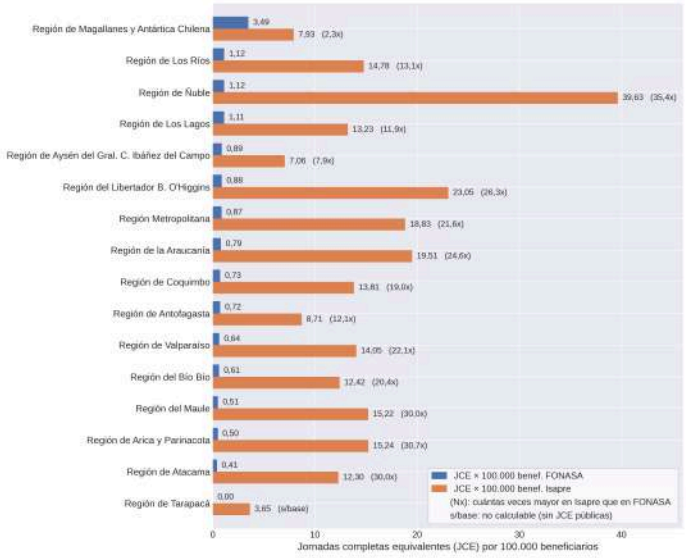
Conclusiones: Menos de un cuarto de las JCE de gastroenterólogos de adultos está disponible en el sector público, del que depende el 85% de la población total del país, que es beneficiaria de Fonasa. Los especialistas con contrato público son más jóvenes, lo que es compatible con que el sistema capta a los recién formados pero no los retiene. Formar más especialistas probablemente será insuficiente sin estrategias de retención y redistribución regional.

Palabras clave: Gastroenterología; Sector Público; Fuerza Laboral en Salud; Disparidades en Atención de Salud.

Característica	Total (n = 478)	Con contrato público (n = 193)	Privado exclusivo (n = 285)	Valor p
Edad, mediana (RIC), años	49 (42–63)	44 (41–52)	56 (45–68)	<0,001
Sexo femenino, n (%)	198 (41%)	84 (44%)	114 (40%)	0,443
Nacionalidad chilena, n (%)	386 (81%)	145 (75%)	241 (85%)	0,010
Nacionalidad extranjera, n (%)	92 (19%)	48 (25%)	44 (15%)	
Entidad certificadora, n (%)				0,002
Universidad de Chile	182 (38%)	92 (48%)	90 (32%)	
CONACEM	125 (26%)	48 (25%)	77 (27%)	
Universidad Católica	87 (18%)	30 (16%)	57 (20%)	
Otras	84 (18%)	23 (12%)	61 (21%)	
Región de trabajo, n (%)				<0,001
Región Metropolitana	290 (61%)	93 (48%)	197 (69%)	
Otra región	188 (39%)	100 (52%)	88 (31%)	
Mujer en edad fértil (18–49 años), n (%)	115 (24%)	65 (34%)	50 (18%)	<0,001

Figura 1. Jornadas completas equivalentes de gastroenterólogos de adultos por 100.000 beneficiarios de 15 años o más de Fonasa e

Isapres, según región. Chile, diciembre de 2025



#66 ORAL ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

FACTORES PRONÓSTICOS DE EVOLUCIÓN CLÍNICA DESFAVORABLE EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA COHORTE DE CASOS INCIDENTES

FRANCISCO VILLARREAL ROJAS, CRISTIAN ANTONIO HERNÁNDEZ ROCHA, CAROLINA DENISSE PAVEZ OVALLE, MANUEL MARCELO ÁLVAREZ LOBOS, TAMARA DE LOURDES PÉREZ JELDRES, JAVIER NICOLÁS CHAHUÁN ABDE, IGNACIA ALEJANDRA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ, SOFÍA ANTONIA PERNAS PEREIRA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-032

Introducción: El debut de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una oportunidad para establecer marcadores pronósticos tempranos que permitan anticipar estrategias de tratamiento personalizadas. Los factores pronósticos (FP) basados en cohortes de casos incidentes no han sido definidos en Latinoamérica.

Objetivos: Identificar FP de evolución clínica desfavorable (ECD) al diagnóstico de la EII.

Métodos: Pacientes con sospecha de EII sometidos a ileocolonoscopía en la Red de Salud UC-Christus fueron reclutados prospectivamente. Quienes tuvieron EII confirmada fueron seguidos aproximadamente cada 3 meses por vía telefónica y revisión de ficha clínica. La ECD se definió como un desenlace compuesto por nueva hospitalización o cirugía por EII (excluyendo el evento al debut), corticodependencia/corticorrefractariedad, actividad moderada-severa persistente o inicio de terapia biológica. Mayor carga inflamatoria se definió como PCR, VHS, leucocitos y/o plaquetas más elevados, o albúmina y hemoglobina más bajas. Los FP de ECD se analizaron mediante análisis univariable (t de Welch/Mann-Whitney y chi-cuadrado/Fisher, según distribución).

Resultados: Se reclutaron 66 pacientes con EII confirmada, con mediana de seguimiento de 12 meses (RIC 11,0-12,3); 47 (71,2%) completaron los 4 controles programados. Presentaron ECD 39 pacientes (59,1%) y 19 (28,8%) iniciaron terapia biológica. Diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC), hospitalización al debut, y mayor carga inflamatoria al debut se asociaron significativamente a ECD (p<0,05). Las características basales de la cohorte, totales y estratificadas por ECD, se presentan en la Tabla 1.

Conclusión: El diagnóstico de EC, mayor carga inflamatoria y hospitalización al debut se asociaron a ECD durante el primer año postdiagnóstico. Estos hallazgos preliminares apoyan la estratificación de riesgo temprana y motivan su validación. FONDECYT 1230757.

Palabras clave: Enfermedades Inflamatorias del Intestino, Terapia Biológica, Pronóstico, Estudios de Cohortes.

*Tabla 1. Características basales de la cohorte, totales y estratificadas por evolución clínica desfavorable (ECD). RIC: rango intercuartil. *Test de Fisher/chi-cuadrado global entre las 3 categorías diagnósticas (EC, colitis ulcerosa, EII no clasificable).*

Variable	Total (n=66)	Sin ECD (n=27)	Con ECD (n=39)	p
Edad, años, mediana [RIC]	33,7 [25,4-45,0]	34,4 [29,2-45,6]	30,7 [24,0-44,9]	0,273
Sexo femenino, n (%)	40 (60,6)	16 (59,3)	24 (61,5)	0,852
Enfermedad de Crohn, n (%)	29 (43,9)	7 (25,9)	22 (56,4)	0,049*
Colitis ulcerosa, n (%)	35 (53,0)	19 (70,4)	16 (41,0)	
EII no clasificable, n (%)	2 (3,0)	1 (3,7)	1 (2,6)	
Hospitalización al debut, n (%)	8 (12,1)	0 (0,0)	8 (20,5)	0,017
PCR basal, mg/dL, mediana [RIC]	0,9 [0,2-3,1]	0,4 [0,1-1,1]	1,5 [0,3-4,1]	0,009
VHS basal, mm/hr, mediana [RIC]	12,0 [5,0-26,8]	8,0 [3,0-15,5]	18,0 [8,5-37,5]	0,007
Leucocitos basal, /mm³, mediana [RIC]	8100 [6600-9900]	7200 [5400-7850]	9300 [7665-11950]	<0,001
Plaquetas basal, /mm³, mediana [RIC]	298000 [242250-366750]	262000 [233500-326000]	334000 [265000-450000]	0,009
Albúmina basal, g/dL, mediana [RIC]	4,3 [3,9-4,6]	4,5 [4,2-4,7]	4,1 [3,5-4,3]	0,003
Hemoglobina basal, g/dL, mediana [RIC]	13,1 [11,7-14,1]	13,3 [12,8-14,3]	12,4 [11,4-13,7]	0,014

#67 ORAL ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: DISOCIACIÓN CLÍNICO-INFLAMATORIA Y EXPLORACIÓN GENÉTICA

CAMILA SANDOVAL SANDOVAL[1], TAMARA PEREZ JELDRES[2], PABLO TORO ESPINOZA[1], LEONOR BUSTAMANTE CALDERÓN[3], BENJAMIN SANTANDER MALDONADO[1], ROBERTO SEGOVIA MELERO[1], CAROLINA PAVEZ OVALLE[1], ELISA HERNÁNDEZ CONTRERAS[1], ROBERTO CANDIA BALBOA[1], VERONICA SILVA FIGUEROA[4], ELIZABETH ARRIAGADA HERNÁNDEZ[4], ANDRES DE LA VEGA BUSTAMANTE[4], LORENA AZÓCAR LÓPEZ[1], MANUEL ÁLVAREZ LOBOS[1], CRISTIAN HERNÁNDEZ ROCHA[1], RENATA FARIAS SIEL[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Pontificia Universidad Católica de Chile / Hospital San Borja Arriaran; [3]Universidad Diego Portales; [4]Hospital San Borja Arriaran

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-033

Introducción: La depresión y ansiedad son comorbilidades prevalentes en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII),con una relación potencialmente bidireccional, aunque sus determinantes clínicos y genéticos siguen sin aclararse.

Objetivos: Estimar la prevalencia de síntomas anímicos e identificar predictores clínico-genéticos en pacientes con EII.

Métodos: Estudio transversal. Se incluyeron 199 pacientes adultos con EII (55 Crohn y 144 colitis ulcerosa; 175 con evaluación anímica) y 46 controles sanos, evaluados con HADS y PHQ-9 (HADS-D/A8 o PHQ-910). Se aplicaron modelos de regresión logística para síntomas depresivos y ansiosos, con variables clínicas predefinidas. Se genotiparon 65 SNP candidatos asociados a depresión en 127 pacientes; los de p<0,10 pasaron a modelos ajustados y los de p<0,05 a modelos exploratorios con validación cruzada (LOOCV) y corrección de Benjamini-Hochberg.

Resultados: El 49,7% de los 175 pacientes evaluados presentó síntomas depresivos y un 69,1% sintomatología depresiva y/o ansiosa, sin diferencia significativa frente a controles (32,6% y 54,3%; p=0,057 y 0,087). El sexo femenino se asoció con síntomas depresivos (OR 2,17; IC95% 1,12-4,21) y las manifestaciones extraintestinales se asociaron con síntomas depresivos/ansiosos (OR 2,86; IC95% 1,24-6,61). No se evidenció asociación con la actividad inflamatoria objetiva ni los tratamientos: PCR elevada (p=0,18), corticoides (p=0,83), terapia biológica (p=0,83) ni remisión endoscópica (p=0,069). En modelos exploratorios, la incorporación de rs161645 y rs10947690 elevó el AUC (LOOCV) de 0,59 a 0,72 para la sintomatología depresiva/ansiosa, y la de rs2535629 y rs34937911 de 0,75 a 0,77 para sintomatología depresiva; ninguna variante superó la corrección de FDR.

Conclusión: Uno de cada dos pacientes con EII presenta sintomatología depresiva, sin asociación detectable con la actividad inflamatoria. La ganancia predictiva del componente genético es exploratoria y requiere validación externa. Estos hallazgos apoyan el tamizaje sistemático de salud mental en unidades de gastroenterología.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Depresión, Genética.

SNP	Posición (GRCh38)	Locus	Gen / contexto	MAF	OR alélico (IC95%)	p	p FDR	OR ajustado (IC95%)	p ajustado
Depresión									
rs2535629	chr3:52.799.203	3p21.1	ITIH3 (intrón)	0,441	1,94 (1,11–3,38)	0,020	0,56	1,84 (1,00–3,38)	0,050
rs34937911	chr4:42.108.336	4p14	BEND4 (2,5 kb 3)	0,094	0,36 (0,15–0,91)	0,030	0,56	0,33 (0,12–0,87)	0,025
SNP	**Posición (GRCh38)**	**Locus**	**Gen / contexto**	**MAF**	**OR alélico (IC95%)**	**p**	**p FDR**	**OR ajustado (IC95%)**	**p ajustado**
rs7101595	chr11:126.759.136	11q24.2	KIRREL3 (intrón)	0,339	0,57 (0,34–0,95)	0,032	0,56	0,60 (0,35–1,05)	0,075
rs2568958	chr1:72.299.433	1p31.1	intergénico; NEGR1 a 17 kb	0,339	0,57 (0,33–0,98)	0,042	0,56	0,65 (0,36–1,18)	0,158
Depresión y/o ansiedad									
rs161645	chr5:104.734.216	5q21.2	intergénico; NUDT12 a 1,2 Mb	0,209	0,48 (0,26–0,91)	0,023	0,67	0,46 (0,24–0,88)	0,019
rs10947690	chr6:37.663.992	6p21.1	MDGA1 (missense)	0,114	0,41 (0,18–0,91)	0,029	0,67	0,41 (0,18–0,96)	0,041
rs8097498	chr18:55.782.436	18q21.2	LINC01415; TCF4 a 118 kb	0,437	0,53 (0,30–0,94)	0,031	0,67	no incluido	—

Se evaluaron 65 polimorfismos de nucleótido simple (SNP) con asociación previamente descrita con depresión. Se presentan las variantes que alcanzaron significación nominal (p<0,05) en cada desenlace: cuatro para depresión y tres para depresión y/o ansiedad.

Los OR alélicos se estimaron mediante regresión logística bajo modelo aditivo y expresan el cambio en las odds del desenlace por cada copia adicional del alelo menor. Los OR ajustados proceden de modelos multivariables específicos de cada desenlace, ajustados por edad, sexo y tipo de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn frente a colitis ulcerosa)

La columna p FDR corresponde a la corrección por comparaciones múltiples aplicada al conjunto de variantes evaluadas en cada desenlace. Ninguna asociación conservó la significación tras dicha corrección, por lo que los resultados tienen carácter exploratorio y requieren replicación en una cohorte independiente.

El genotipado se completó en 127 de los 175 pacientes con evaluación anímica completa (72%). Ninguna variante fue excluida por los criterios de control de calidad aplicados: frecuencia del alelo menor, tasa de genotipado y equilibrio de Hardy-Weinberg.

Definición de desenlaces: depresión, cribado positivo en HADS-D 8 o PHQ-9 10; depresión y/o ansiedad, positividad en cualquiera de los anteriores o en HADS-A 8. Las coordenadas genómicas y la anotación génica se obtuvieron mediante Ensembl VEP (ensamblaje GRCh38); en las variantes intergénicas se indica el gen codificante de proteína más próximo y la distancia correspondiente.

Abreviaturas: FDR, false discovery rate; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; IC95%, intervalo de confianza del 95%; MAF, frecuencia del alelo menor; OR, odds ratio; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; SNP, polimorfismo de nucleótido simple.

#69 ORAL HEPATOLOGÍA

AGREGACIÓN FAMILIAR DE FIBROSIS EN ENFERMEDAD POR ESTEATOSIS HEPÁTICA EN AMÉRICA LATINA

NATALIA ANDREA BAEZA RADMILOVIC[1], FRANCISCO IDALSOAGA FERRER[1], JOHN PRIETO[2], DANIELA MORENO[2], MIRTA PERALTA[3], EZEQUIEL RIDRUEJO[3], IGNACIO GARCÍA JUÁREZ[4], ORFANEL PINEDA-ARZATE[4], LIZ TOAPANTA-YANCHAPAX[4], SCHEREZADA MEJÍA LOZA[5], JOSÉ ANTONIO VELARDE[6], DIANA KAREN TAPIA CALDERON[6], ISMAEL YEPES[7], DALIS PÉREZ[7], ALEJANDRO ALMEIDA[7], JORGE GARAVITO-RENTERÍA[8], CÉSAR CASTRO[8], ROMMEL ZAMBRANO HUAILLA[8], CRISTIANE VILLELA-NOGUEIRA[9], NATALIA BALASSIANO[9], ANA CAROLINA CARDOSO[9], LORENA CASTRO SOLARI[10], LORETO AGUILAR BARRÍA[11], CATALINA ROA VALENZUELA[11], SAMANTHA WU[11], MANUEL MENDIZABAL[12], ALINE SORRIBAS[12], DANIZA CONTRERAS[13], HUGO CEDRON[14], MARTÍN TAGLE[14], ESTEFANIA LIZA[15], JAVIER DÍAZ FERRER[15], ROMARIO RUIZ TOLEDO[15], SEBASTIÁN MARCIANO[16], ADRIAN GADANO[16], JORGE MARTÍNEZ MORALES[16], MARÍA JOSÉ ACOSTA[16], ROBERTO PÉREZ RAVIER[17], BELÉN MARTINEZ[17], NATALIE VILCINSKAS[17], MARÍA FERNANDA SAAVEDRA-CHACÓN[18], SAMUEL PÉREZ PÉREZ[19], MARIA G. PESSOA[20], CLAUDIA P. OLIVEIRA[20], NANCY SOLIS[1], FRANCISCO BARRERA MARTÍNEZ[1], PABLO MUÑOZ[1], JUAN PABLO ARAB[21], MARCO ARRESE JIMÉNEZ[1], LUIS ANTONIO DIAZ PIGA[1]

[1]PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE; [2]Centro de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CEHYD); [3]Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno "CEMIC"; [4]Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán; [5]Hospital Juárez de México; [6]Hospital Civil de Guadalajara; [7]Centro Médico Gastropack; [8]Hospital Nacional Arzobispo Loayza; [9]Universidade Federal do Rio de Janeiro; [10]Clínica Universidad de los Andes; [11]Universidad de los Andes; [12]Hospital Universitario Austral; [13]National Institute of Diabetes, Nutrition, and Endocrinology (INDEN); [14]Clínica Anglo Americana; [15]Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; [16]Hospital Italiano de Buenos Aires; [17]Hospital Central de Mendoza; [18]Clínica CES; [19]Universidad de Antioquia; [20]Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; [21]Stravitz-Sanyal Institute for Liver Disease and Metabolic Health

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-034

Introducción: La presencia de fibrosis hepática avanzada en familiares de primer grado podría aumentar el riesgo de fibrosis en esteatosis hepática (SLD) en población europea y estadounidense; sin embargo, este riesgo no ha sido estudiado en población latinoamericana.

Objetivo: Evaluar el riesgo familiar de fibrosis hepática en los subtipos MASLD, MetALD y ALD en una cohorte latinoamericana multinacional.

Métodos: Análisis transversal de adultos con SLD (criterios 2023), evaluados prospectivamente en 18 centros de tercer nivel de siete países (Chile, Colombia, Argentina, México, Perú, Brasil y República Dominicana) (2024–2026). Se registraron antecedentes familiares de fibrosis avanzada (F3) en familiares de primer grado mediante autorreporte. La fibrosis se evaluó mediante biopsia hepática o elastografía transitoria controlada por vibración (VCTE) cuando no había biopsia (fibrosis avanzada: biopsia F3 o VCTE 12 kPa). Se utilizó regresión logística ajustada por edad, sexo, etnia, índice masa corporal (IMC) y diabetes. Se realizaron análisis estratificados por subtipo de SLD (MASLD vs. MetALD/ALD). Se consideró significativa una p<0,05 bilateral.

Resultados: Se incluyeron 1.091 participantes (edad 59 [50–66] años; 55,4% mujeres): 82,5% MASLD, 8,6% MetALD y 8,9% ALD. La prevalencia de fibrosis avanzada por subtipo fue 26,14%, 33,96% y 69,31%, respectivamente. El 18,5% tenía un familiar de primer grado con fibrosis avanzada. Tras ajustar por covariables, estos antecedentes se asociaron independientemente con mayor probabilidad de fibrosis significativa (aOR: 1,85; IC95%: 1,29–2,65; p=0,001) y avanzada (aOR: 2,03; IC95%: 1,38–2,98; p<0,001) (Tabla y Figura). En el análisis por subgrupos, el antecedente familiar se asoció con mayor riesgo de fibrosis avanzada tanto en MASLD (aOR: 1,66; IC 95%: 1,06–2,59; p = 0,026) como en MetALD/ALD (aOR:3,48; IC 95%: 1,39–8,76; p = 0,008).

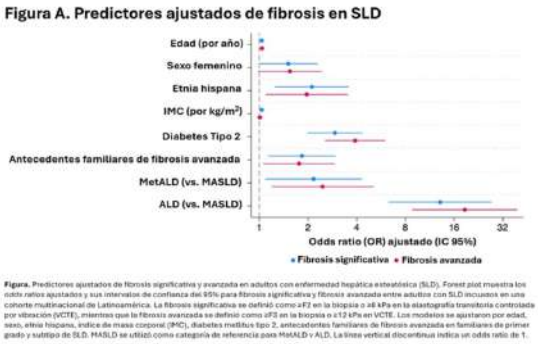
Conclusión: En adultos latinoamericanos con SLD, la fibrosis avanzada en familiares de primer grado se asoció independientemente con fibrosis avanzada, lo que apoya incorporar la historia familiar en su evaluación.

Palabras clave: Esteatosis hepática no alcohólica, hígado graso alcohólico.

Tabla 1. Modelos logísticos multivariables (n = 1.048 en ambos modelos)

Variable	Fibrosis significativa aOR (IC 95 %)	p	Fibrosis avanzada aOR (IC 95 %)	p
Edad (por año)	1,03 (1,02–1,04)	<0,001	1,04 (1,02–1,05)	<0,001
Sexo femenino	1,14 (0,84–1,54)	0,401	1,18 (0,84–1,65)	0,340
Etnia hispana	1,56 (1,09–2,23)	0,016	1,64 (1,09–2,47)	0,017
IMC (por kg/m²)	1,03 (1,00–1,06)	0,021	1,01 (0,98–1,04)	0,481
Diabetes tipo 2	2,49 (1,88–3,30)	<0,001	2,56 (1,88–3,49)	<0,001
Antecedente familiar	**1,85 (1,29–2,65)**	**0,001**	**2,03 (1,38–2,98)**	**<0,001**
MetALD (vs. MASLD)	1,89 (1,15–3,09)	0,012	1,88 (1,11–3,20)	0,019
ALD (vs. MASLD)	9,59 (5,47–16,80)	<0,001	12,00 (6,85–21,01)	<0,001

Figura A



#72 ORAL HEPATOLOGÍA

ALTA SEROPREVALENCIA DE HEPATITIS B Y POLIMORFISMOS DE INTERFERÓN LAMBDA 3 EN MIGRANTES HAITIANOS EN CHILE

JAVIER PÉREZ VALENZUELA[1], PATRICIO ASTUDILLO PAREDES[1], JAVIER URIBE MONASTERIO[1], JOSÉ IGNACIO VARGAS DOMÍNGUEZ[1], CARLOS BENÍTEZ GAJARDO[1], MARCELO LÓPEZ LASTRA[1], RUTH NÚÑEZ PUENTE[1], VALENTINA ROSS MASSANES[1], JACINTA SOZA RESTREPO[1], KARLA PINO LEMUNAO[1], FRANCISCO FUSTER SALDÍAS[2], ALEJANDRO SOZA RIED[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Hospital Gustavo Fricke

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-035

Introducción: La hepatitis B (VHB) afecta a más de 240 millones de personas en el mundo. Haití tiene una alta endemicidad, que contrasta con la baja seroprevalencia chilena. Polimorfismos genéticos como IFNL3 se han asociado a susceptibilidad de la infección, pero han sido poco estudiados en población de ascendencia africana.

Objetivos: Estimar la seroprevalencia de exposición e infección crónica por VHB, hepatitis C y VIH en migrantes haitianos en Chile. Evaluar factores demográficos, clínicos y genéticos asociados a infección crónica.

Métodos: Estudio transversal en adultos haitianos de Chile, se registraron variables clínicas y serología para HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, anti-VHC y VIH. Los expuestos (anti-HBc positivo) se clasificaron como infección crónica o resuelta. Los polimorfismos rs12979860 y rs8099917 de IFNL3 se genotipificaron por PCR en tiempo real, evaluando equilibrio de Hardy-Weinberg (EHW). Se aplicaron prueba de Fisher y U de Mann-Whitney para evaluar asociaciones.

Resultados: De 381 participantes (mediana 37 años, 52% mujeres), la seroprevalencia fue: anti-HBc 31%, anti-HBs 29%, HBsAg 2,4%, anti-VHC 0,5% y VIH 0,8%. De los expuestos, 9 (7,8%) tenían infección crónica y 107 (92,2%) infección resuelta. De los participantes genotipificados (n=102), el genotipo favorable CC de rs12979860 estuvo ausente en HBsAg positivos y presente en 14,9% de los resueltos (0/8 vs 14/94; p=0,59; EHW p=0,82). En rs8099917 predominó TT (97,1%), con desviación del EHW (p=0,03) por baja frecuencia

alélica. No hubo diferencias clínicas, demográficas ni genéticas entre pacientes con infección crónica y resuelta (Tabla 1).

Conclusión: Los migrantes haitianos en Chile presentan alta exposición a VHB (31%) e infección crónica (2,4%), superior a la prevalencia local (0,15%); 92,2% resolvió la infección. IFNL3 no se asoció con cronicidad, posiblemente por el escaso número de casos, aunque el genotipo CC de rs12979860 solo se observó en participantes con infección resuelta.

Palabras clave: Hepatitis B Crónica; Polimorfismo de Nucleótido Simple; Migración Humana.

Característica	Expuestos (n=116)	Infección crónica (n=9)	Infección resuelta (n=107)	valor p
Sexo femenino, n (%)	45/116 (38,8)	4/9 (44,4)	41/107 (38,3)	0,73
Edad, años (mediana, Q1-Q3)	40 (34-46)	36 (33-44)	40 (34-46)	0,60
Índice de masa corporal, kg/m² (mediana, Q1-Q3)	**26,4 (23,4-30,1)**	**29,1 (22,3-31,7)**	**26,2 (23,6-30,0)**	**0,32**
Obesidad, n (%)	26/96 (27,1)	3/6 (50,0)	23/90 (25,6)	0,34
Hipertensión arterial, n (%)	39/103 (37,9)	4/7 (57,1)	35/96 (36,5)	0,42
Diabetes mellitus, n (%)	5/111 (4,5)	0/9 (0)	5/102 (4,9)	> 0,9
Tabaquismo, n (%)	1/114 (0,9)	0/9 (0)	1/105 (1,0)	> 0,9
rs12979860, n (%) CC CT/TT	14/102 (13,7) 88/102 (86,3)	0/8 (0) 8/8 (100)	14/94 (14,9) 80/94 (85,1)	0,59
rs8099917, n (%) TT TG/GG	99/102 (97,1) 3/102 (2,9)	8/8 (100) 0/8 (0)	91/94 (96,8) 3/94 (3,2)	> 0,9
VIH, n (%)	2/115 (1,7)	1/8 (12,5)	1/107 (0,9)	0,13
Hepatitis C, n (%)	1/114 (0,9)	0/9 (0)	1/105 (1,0)	> 0,9

#73 ORAL HEPATOLOGÍA

FIBROSIS AVANZADA EN PACIENTES JÓVENES CON ESTEATOSIS HEPATICA METABÓLICA: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y GENÉTICA DE UNA COHORTE CHILENA

LARISSA ALEMAN FRANCO[1], JOSEFA FONCK ROJAS[2], DELFINA PRADELLI MANCINO[2], ROCIO JOFRÉ ZUBICUETA[2], MAURICIO VENEGAS SANTOS[1], DANIELA SIMIAN MARIN[1], ÁLVARO URZÚA MANCHEGO[1], JAIME PONIACHIK TELLER[1], NELSON VARELA FIGUEROA[1]

[1]Hospital Clinico de la Universidad de Chile; [2]Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-036

Introducción: La fibrosis avanzada constituye el principal determinante pronóstico de la esteatosis hepática metabólica (MASLD). Aunque su progresión se relaciona habitualmente con comorbilidades metabólicas, algunos pacientes desarrollan fibrosis avanzada a edades tempranas pese a presentar escasa carga metabólica sugerente de un endotipo con elevada carga genética. La evidencia sobre este fenómeno en población chilena es limitada.

Objetivo: Caracterizar el perfil genético de pacientes chilenos con MASLD y explorar la presencia de un fenotipo asociado a fibrosis avanzada de aparición temprana.

Métodos: Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes con MASLD y muestras disponibles en la seroteca del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (2024-2025). Se recopilaron variables clínicas, metabólicas y elastográficas. Fibrosis avanzada (F3-F4; 10 kPa).Se genotipificaron las variantes rs738409 (PNPLA3), rs58542926 (TM6SF2), rs641738 (MBOAT7) y rs1260326 (GCKR). Se calculó un genetic risk score (GRS) no ponderado.Se compararon pacientes menores de 40 años versus 40 años mediante prueba exacta de Fisher y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes; la mediana de edad fue 57 años y el 65% presentó fibrosis avanzada. En la cohorte completa, la frecuencia del alelo de riesgo G de PNPLA3 fue 0,81 y la del alelo T de TM6SF2 fue 0,14. Los pacientes menores de 40 años con fibrosis avanzada presentaron menor carga metabólica (0% vs 74%; p=0,036). La homocigosidad GG de PNPLA3 fue más frecuente en pacientes jóvenes (85,7% vs 56,7%; p=0,21), mientras que la homocigosidad TT de GCKR se observó exclusivamente en este grupo (28,6% vs 0%; p=0,034). Además, los pacientes jóvenes exhibieron una mayor carga genética acumulada determinada por el GRS (4,0 [RIC 4,0-5,5] vs 3,5 [RIC 3,0-4,0]; p=0,10).

Conclusiones: Los resultados de esta cohorte chilena muestran una prevalencia de las variantes de riesgo, en PNPLA3 y TM6SF2, muy superior a la esperada en población general, con frecuencias hasta 3,5 veces las reportadas en 1000 Genomas y en Chile Genómico. Además, nuestros hallazgos sugieren que, en un subconjunto de pacientes con MASLD, la fibrosis avanzada puede desarrollarse a edades tempranas en ausencia de una elevada carga metabólica, posiblemente impulsada por un fenotipo de base genética. Estudios de mayor escala son necesarios para validar esta observación y precisar su aplicabilidad clínica.

Palabras clave: MASLD; fibrosis hepática; genética; PNPLA3; estratificación de riesgo.

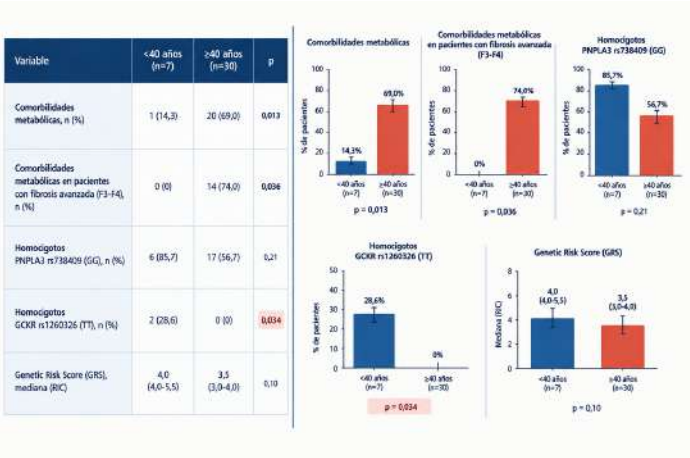
Tabla 1. Características clínicas y genéticas de la cohorte chilena con MASLD.

Tabla 1. Características clínicas y genéticas de la cohorte chilena con MASLD.

Variable	Total (n=36)
Edad, años, mediana (RIC)	57 (50-65)
Sexo, n (%)	
Masculino	22 (61,1)
Femenino	14 (38,9)
IMC, kg/m², mediana (RIC)	29,9 (26,5-36,1)
Comorbilidades, n (%)	
Diabetes mellitus tipo 2 / resistencia a la insulina	14 (38,9)
Hipertensión arterial	15 (41,7)
Dislipidemia	9 (25,0)
Fibrosis avanzada (F3-F4), n (%)*	22/34 (64,7)
Genotipos y frecuencia alélica	
PNPLA3 rs738409 (alelo G), frecuencia alélica = 0,806	
Homocigoto	24 (66,7)
Heterocigoto	10 (27,8)
No portador	2 (5,6)
TM6SF2 rs58542926 (alelo T), frecuencia alélica = 0,143†	
Homocigoto	0 (0)
Heterocigoto	10 (28,6)
No portador	25 (71,4)
MBOAT7 rs641738 (alelo T), frecuencia alélica = 0,429†	
Homocigoto	7 (20,0)
Heterocigoto	16 (45,7)
No portador	12 (34,3)
GCKR rs1260326 (alelo T), frecuencia alélica = 0,343†	
Homocigoto	2 (5,7)
Heterocigoto	20 (57,1)
No portador	13 (37,1)

RIC: rango intercuartílico.
* Fibrosis disponible en 34 pacientes.
† Genotipificación disponible en 35 pacientes; los porcentajes se calcularon sobre los pacientes con dato disponible.

Gráfico 1.Perfil metabólico y genético según edad en pacientes con MASLD y fibrosis avanzada



#77 ORAL HEPATOLOGÍA

MAYOR ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SE ASOCIA CON MENOR FIBROSIS HEPÁTICA EN AMÉRICA LATINA

MARIA AYALA VALVERDE[1], NATALIA BAEZA RADMILOVIC[1], FRANCISCO IDALSOAGA FERRER[1], FEDRA QUINTERO[1], JHON PRIETO[2], DANIELA MORENO[2], MIRTA PERALTA[3], EZEQUIEL RIDRUEJO[3], IGNACIO GARCIA JUAREZ[4], LIZ TOAPANTA YANCHAPAXI[5], SCHEREZADA MEJÍA LOZA[6], JOSÉ ANTONIO VELARDE[7], DIANA TAPIA[7], ISMAEL YEPES[8], DALIS PÉREZ[8], ALEJANDRO ALMEIDA[9], JORGE GARAVITO RENTERÍA[10], CÉSAR CASTRO[10], LORETO AGUILAR BARRÍA[11], CATALINA ROA VALENZUELA[11], SAMANTHA JISHAN WU[11], ALINE SORRIBAS[12], MANUEL MENDIZABAL[12], DANIZA CONTRERAS[13], MARTIN TAGLE[14], HUGO CEDRON[14], ESTEFANÍA LIZA[15], JAVIER DIAZ FERRER[15], ROMARIO RUIZ[15], SEBASTIÁN MARCIANO[16], ADRIÁN GADANO[16], JORGE MARTÍNEZ MORALES[16], MARÍA JOSÉ ACOSTA[16], ROBERTO PEREZ RAVIER[17], BELEN MARTÍNEZ[17], NATALIE VILCINSKAS[17], MARÍA FERNANDA SAAVEDRA CHACON[18], SAMUEL PEREZ PEREZ[18], JORGE ARNOLD[1], GUSTAVO AYARES[1], NANCY SOLÍS[1], FRANCISCO BARRERA[1], PABLO MUÑOZ[1], JUAN PABLO ARAB[1], MARCO ARRESE[1], LUIS ANTONIO DIAZ[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Centro de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CEHYD), Bogotá, Colombia; [3]Hepatology Section, Department of Medicine, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno "CEMIC", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; [4]Departmento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México; [5]Departmento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Medicas y; [6]Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México; [7]Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México; [8]Centro Médico Gastropack, Cartagena, Colombia; Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Cartagena 130001, Colombia.; [9]Centro Médico Gastropack; [10]Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú; [11]Universidad de los Andes; [12]Unidad de Hígado y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Austral; [13]National Institute of Diabetes, Nutrition, and Endocrinology (INDEN); [14]Clínica Anglo Americana, San Isidro; [15]Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Jesús María; [16]Hospital Italiano de Buenos Aires; [17]Hospital Central de Mendoza, Mendoza; [18]Clínica CES

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-037

Introducción: La dieta mediterránea podría asociarse con menor gravedad de la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica, pero la evidencia latinoamericana es limitada.

Objetivo: Evaluar la asociación entre adherencia a la dieta mediterránea y fibrosis hepática en la cohorte multicéntrica latinoamericana STELLA.

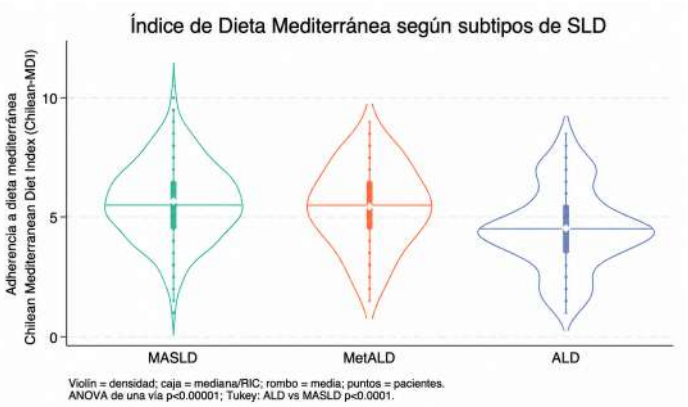
Métodos: Análisis transversal de datos basales de STELLA (7 países). La adherencia se evaluó con el Chilean Mediterranean Diet Index (Chilean-MDI), como variable continua y en categorías baja, moderada y alta. El desenlace primario fue fibrosis significativa (F2) y el secundario fibrosis avanzada (F3), definidos por un algoritmo jerárquico (biopsia, MRE, elastografía de transición, 2D-SWE o ARFI). Se comparó el puntaje entre etiologías y se empleó regresión logística ajustada por edad, sexo, etnia hispana, índice de masa corporal, diabetes y etiología, evaluando interacción y ajuste adicional por actividad física.

Resultados: Se incluyeron 923 participantes con evaluación dietaria y diagnóstico etiológico (MASLD 83,9%; MetALD 9,5%; ALD 6,6%). El Chilean-MDI fue 5,57±1,66, menor en ALD (4,52±1,72) que en MASLD (5,66±1,62; p<0,001) y MetALD (5,43±1,70; p=0,003), sin diferencias entre MASLD y MetALD. La fibrosis significativa disminuyó con adherencia baja, moderada y alta (43,5%, 33,7% y 9,5%; p=0,001), al igual que la avanzada (35,1%, 24,1% y 4,8%; p<0,001). Cada punto del Chilean-MDI se asoció con menores odds ajustadas de fibrosis significativa (OR 0,86; IC95% 0,78-0,94; p=0,001) y avanzada (OR 0,85; IC95% 0,77-0,94; p=0,002), sin interacción con la etiología (p0,25) y persistiendo al ajustar por actividad física (OR 0,90; p=0,044). Entre los componentes, el aceite de oliva mostró la asociación más fuerte (OR 0,33; IC95% 0,25-0,44; p<0,001). Edad, diabetes, MetALD (OR 2,13) y ALD (OR 12,20) también se asociaron con F2.

Conclusiones: En América Latina, una mayor adherencia a la dieta mediterránea se asoció de forma independiente y gradual con menor probabilidad de fibrosis significativa y avanzada, consistentemente entre etiologías.

Palabras clave: Enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica; Enfermedad hepática asociada al alcohol; Dieta mediterránea; Fibrosis hepática.

Índice de Dieta Mediterránea según subtipos de esteatosis hepática.



Variable	OR ajustado	IC95%	p
Edad (años)	1,03	1,02–1,05	<0,001
Sexo	1,18	0,84–1,65	0,342
Etnia hispana	1,36	0,91–2,03	0,135
Índice de masa corporal	1,02	0,99–1,05	0,166
Diabetes	2,55	1,85–3,51	<0,001
Chilean-MDI, por punto	0,84	0,76–0,93	<0,001
MetALD vs MASLD	2,15	1,28–3,60	0,004
ALD vs MASLD	16,32	7,10–37,51	<0,001

#81 ORAL PÁNCREAS

NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL RESECADA: DE LA

DANIELA ANDREA PUENTES ROBINSON[1], SONIA MARCELA CURITOL SÁNCHEZ[1], CAMILA ANTONIA GÓMEZ PARRAGUEZ[2], MARÍA DE LOS ÁNGELES ALDAS ORDOÑEZ[1], CARLA SILVANA MANCILLA ASENCIO[1], HANNS DIETER LEMBACH JAHNSEN[1], JAIME ANDRÉS CASTILLO KOCH[1], ZOLTAN BERGER[1], ALEXANDRE SEBASTIÁN SAURE MARITANO[1]

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

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-038

Introducción: La cirugía de la neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) busca detectar displasia de alto grado (DAG) o carcinoma invasor (CI) evitando resecar lesiones indolentes, con escasa evidencia local que la contraste con la histología definitiva.

Objetivos: Evaluar la concordancia entre el diagnóstico preoperatorio y el histológico, estimar las resecciones con neoplasia avanzada (DAG o CI) y sus factores asociados, y comparar Fukuoka 2017, Kyoto 2024 y el consenso chileno 2021.

Métodos: Cohorte retrospectiva del Hospital Clínico Universidad de Chile, de 2012 a 2026. Inclusión: adultos pancreatectomizados con sospecha de IPMN e histología disponible. Se reclasificaron en retrospectiva según las guías con los datos disponibles y se evaluó concordancia. Desenlace principal: neoplasia avanzada (DAG o CI). Se usó IC95% (Wilson), Fisher exacto y McNemar.

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes, mediana 65 años (rango 31-82), 47 mujeres (74,6%). La histología confirmó IPMN en 49 (77,8%) y otra lesión en 14 (22,2%). Hubo neoplasia avanzada en 26 de 49 (53,1%): 15 DAG sin invasión y 11 CI. En total, 37 de 63 (58,7%) no tenían neoplasia avanzada. 52 de 63 (82,5%) tenían criterios de alto riesgo o de preocupación; en 11 faltaron datos. En el análisis de casos con alto riesgo documentado (27 de 49), la sensibilidad fue 50,0% (Fukuoka), 62,5% (Kyoto) y 68,8% (chileno), con especificidad 81,8% en las tres, sin diferencias significativas (p0,25). En 40 con subtipo conocido, el compromiso radiológico del conducto principal se asoció a neoplasia avanzada: 76,0% (19/25) frente a 26,7% (4/15) sin ese compromiso, OR 8,71 (IC95 2,01-37,76), p=0,003.

Conclusión: El diagnóstico preoperatorio de IPMN se confirmó en cuatro de cada cinco resecciones, pero seis de cada diez no

contenían neoplasia avanzada. El compromiso radiológico del conducto principal se asoció al desenlace principal.

Palabras clave: Neoplasias Intraductales Pancreáticas; Conductos Pancreáticos; Pancreatectomía.

Tabla 1. Rendimiento de las tres guías para predecir neoplasia avanzada

Guía (n = 27)	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	Exactitud
Fukuoka 2017	50,0 % (28,0-72,0)	81,8 % (52,3-94,9)	80,0 % (49,0-94,3)	52,9 % (31,0-73,8)	63,0 % (44,2-78,5)
Kyoto 2024	62,5 % (38,6-81,5)	81,8 % (52,3-94,9)	83,3 % (55,2-95,3)	60,0 % (35,7-80,2)	70,4 % (51,5-84,1)
Consenso chileno 2021	68,8 % (44,4-85,8)	81,8 % (52,3-94,9)	84,6 % (57,8-95,7)	64,3 % (38,8-83,7)	74,1 % (55,3-86,8)

Tabla 2. Neoplasia avanzada según el número de criterios de alto riesgo presentes

Guía (n = 27)	Ningún criterio	Un criterio	Dos criterios	Tres o más criterios	p (≥1 vs 0)
Fukuoka 2017	8/17 (47 %)	5/7 (71 %)	3/3 (100 %)	0 pacientes	0,124
Kyoto 2024	6/15 (40 %)	7/9 (78 %)	3/3 (100 %)	0 pacientes	0,047
Consenso chileno 2021	5/14 (36 %)	8/10 (80 %)	3/3 (100 %)	0 pacientes	0,018

#82 ORAL HEPATOLOGÍA

ANTICUERPOS ANTINUCLEARES ESPECÍFICOS DE CBP Y FENOTIPO CLÍNICO EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO CHILENO

MARIA CLARA CORNEJO AGUILERA[1], PAULINA BENITEZ OYARCE[2], CARMEN HURTADO HEIM[3], JAIME PONIACHIK TELLER[2], DANIELA SIMIAN MARIN[2], ÁLVARO URZÚA MANCHEGO[2]

[1]HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE; [2]Section of Gastroenterology, Hospital Clínico Universidad de Chile; [3]Gastroenterology Laboratory, Hospital Clínico Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-039

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune crónica que puede progresar a fibrosis avanzada, cirrosis e insuficiencia hepática. Los anticuerpos antinucleares (ANA) específicos de CBP, incluidos anti-SP100, anti-GP210 y anti-PML, tienen utilidad diagnóstica y podrían asociarse con fenotipos de mayor gravedad; sin embargo, su papel en poblaciones latinoamericanas continúa estando escasamente caracterizado.

Objetivo: Evaluar la asociación entre los ANA específicos de CBP y las características clínicas, bioquímicas, fibróticas y pronósticas en una cohorte chilena.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con CBP en seguimiento en un centro universitario chileno entre 2020 y 2025. Se analizaron comorbilidades, parámetros bioquímicos basales, marcadores inmunológicos, rigidez hepática mediante elastografía transitoria, respuesta según criterios PARIS-II y puntaje GLOBE, categorizado como riesgo bajo (0,3) o alto (>0,3).

Los pacientes fueron comparados según la positividad de ANA específicos de CBP, definida por la presencia de anti-SP100, anti-GP210 y/o anti-PML. Además, se realizaron análisis exploratorios según la especificidad de los anticuerpos.

Resultados: Se incluyeron 132 pacientes, de los cuales 77 (58%) fueron ANA positivos. Se detectaron anti-SP100, anti-PML y anti-GP210 en 51, 37 y 26 pacientes, respectivamente.

Los pacientes ANA positivos presentaron una mayor rigidez hepática (8,2 [6,0–11,3] vs. 5,6 [4,6–7,9] kPa; p=0,016), niveles basales más elevados de GGT (256 [112–355] vs. 147 [62–303] U/L; p=0,043) y una tendencia hacia una mayor frecuencia de fibrosis avanzada (39% vs. 21%; p=0,106).

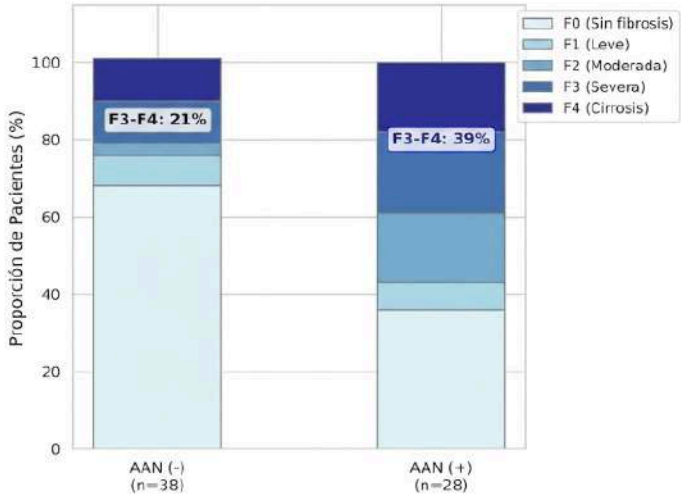
La positividad para anti-SP100/PML se mantuvo asociada con una rigidez hepática 8 kPa en el análisis multivariado (OR 3,45; IC95% 1,07–11,12; p=0,038).

Conclusión: Los ANA específicos de CBP se asociaron con una mayor carga fibrótica y podrían identificar un subgrupo de pacientes con un fenotipo de enfermedad de mayor gravedad. No se observaron diferencias en la respuesta según criterios PARIS-II ni en el puntaje GLOBE.

Tabla 1. Características demográficas, bioquímicas y clínicas

Variable	ANA (-) (N=55)	ANA (+) (N=77)	Total (N=132)	Valor p
Variables Demográficas				
Sexo -Masculino -femenino	4 51	4 73		
Edad	60 ± 10	59± 12		
Comorbilidades-HTA -DM2 -Esclerodermia-Hipotiroidismo-Enf. Celiaca	5 6 10 10 3	10 6 2 10 1		
Sobreposición -CEP -HAI	3 9	2 19		
Laboratorio (mediana (RIC))				
BT (mg/dl)	0,60 [0,48–0,85]	0,60 [0,47–0,96]		
FA (U/L)	204,0 [138,0–304,5]	228,0 [154,8–294,0]		
GGT(U/L)	147,0 [65,5–300,5]	256,0 [115,3–353,8		
GOT (U/L)	49,0 [34,5–84,0]	58,5 [39,0–84,0]		
GPT (U/L)	62,0 [36,0–103,5]	73,0 [36,0–94,5		
INR	**1,00 [1,00–1,00]**	**1,00 [1,00–1,00]**		
Alb (gr/dl)	4,0 [3,8–4,2]	4,0 [3,9–4,2]		
Crea (mg/dl)	0,60 [0,60–0,70]	0,70 [0,60–0,80]		
Plaq (×10³/µL)	263,0 [214,0–303,0]	253,0 [161,0–294,0		
IgM (mg/dl)	266,0 [126,0–384,0]	281,0 [132,0–416,0]		
IgG(mg/dl)	1427,0 [1084,5–1848,3]	1620,0 [1320–1920]		
Marcadores inmunológicos				
SP100	-	51		
GP210	-	25		
PML	-	37		
AMA-M2	50	35		
M2-3E	52	39		
Fibrosis (N=69)				
F0 F1 F2 F3 F4	Total 33 21 3 1 4 4	Total 36 18 (50%) 2 (5,6%) 5 (13,9%) 5 (13,9%) 6 (16,7%)	Total 69 38 (55,1%) 5 (7,2%) 7 (10,1%) 10 (14,5%) 9 (13,0%).	
Kpa media + RIC	5,6 kPa (RIC: 4,6–9,6).	8,25 kPa (RIC: 6,0–11,3).		
Criterios pronósticos				
Paris-II -Respondedor -No respondedor		35/55 20/55	51/79 28/79	
Score Globe -Menor Riesgo -Mayor Riesgo		37/48 11/48	45/67 22/67	
Inicio de fibratos		9	20	

Distribución según estadio de Fibrosis



#83 ORAL ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

REACCIONES ADVERSAS A ANTI-TNF EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO CHILENO

DANA KARINA CAMHI KRAUSZ, FERNANDO GAIBOR UGARTE, DANIELA MARÍA SIMIAN MARÍN, CAMILA ANDREA ESTAY HERNÁNDEZ, RENÉ ANDRÉS ROJAS BRAIN, CRISTIAN ANDRÉS MONTENEGRO URBINA, CAMILA ANGÉLICA MAULÉN LLANCA, CAMILA PAZ RIVEROS PALAPE, EDITH PAOLA PÉREZ DE ARCE OÑATE

Programa de Enfermedades Inflamatorias Intestinales, Hospital Clínico Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-040

Introducción: Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) son ampliamente utilizados en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y constituyen las únicas terapias avanzadas con cobertura universal en el país. Pueden asociarse a reacciones adversas medicamentosas (RAM) clínicamente relevantes. La evidencia local es limitada.

Objetivos: Evaluar RAM asociadas a anti-TNF en adultos con EII, describir su manejo y explorar factores asociados a severidad.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo en adultos incluídos en el Registro de EII del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, expuestos a infliximab (IFX), adalimumab (ADA) o golimumab (GOL). Las RAM se clasificaron como leves/moderadas o severas, estas últimas definidas por hospitalización, suspensión definitiva o muerte. Los factores asociados a severidad se evaluaron mediante regresión logística uni/multivariable, con errores estándar robustos por paciente (p<0,05).

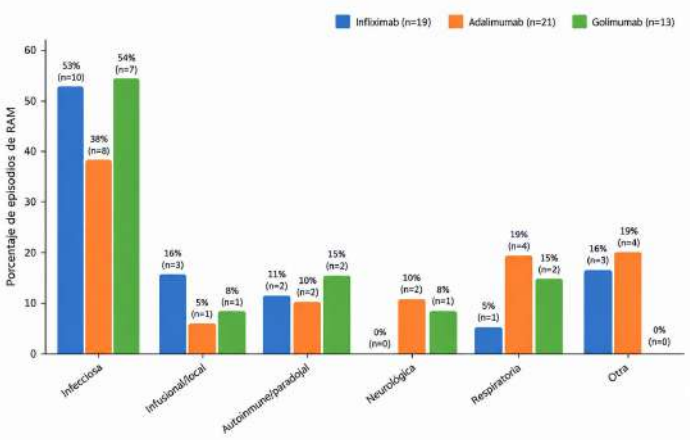
Resultados: De 335 pacientes expuestos, se reportaron 53 RAM en 42 pacientes (12.5%); 32 (76%) eran mujeres, con mediana de edad de 44 años (RIC 32–57) y 52% tenía enfermedad de Crohn. Las RAM infecciosas fueron las más frecuentes (47%) y las autoinmunes tuvieron la mayor latencia de aparición: 41,5 meses (RIC 26–61). Veinticinco episodios (47%) fueron severos: 16 (30%) requirieron hospitalización, 17 (32%) suspensión definitiva y 1 (2%) falleció. En el análisis univariado, sexo masculino (p=0,001) y tipo de anti-TNF (p=0,013) se asociaron con severidad; IFX presentó la mayor proporción de RAM severas (74%). En el análisis multivariable, el sexo masculino se mantuvo asociado a severidad (aOR 16,78; IC95% 1,18–238,34; p=0,037) pero el efecto global del anti-TNF no alcanzó significancia (p=0,054). No hubo asociación con el número de terapias avanzadas ni con inmunosupresión concomitante.

Conclusión: Las RAM afectaron al 12,5% de los expuestos y 6,3% presentó al menos una RAM severa, predominantemente infecciosa. El sexo masculino se asoció con mayor severidad. En nuestro conocimiento, este es el primer estudio chileno centrado específicamente en RAM por anti-TNF en EII y refuerza la necesidad de alternativas terapéuticas ante su suspensión.

Palabras clave: Enfermedades Inflamatorias Intestinales; Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral; Reacciones Adversas Relacionadas con Medicamentos.

	n = 53
EII activa, n (%)	32 (67)
Inmunosupresión concomitante	21 (43)
1 comorbilidad, n (%)	23 (56)
Anti-TNF de la RAM índice IFX ADA GOL	**19 (36) 21 (40) 13 (25)**
Dosis antiTNF Estándar, n(%) Optimizada, n(%)	12 (23) 40 (77)
Uso previo de otro anti-TNF, n (%)	21 (40)
Severidad, n (%) No severa (leve/mod) Severa	28 (53) 25 (47)
Requirió tratamiento por RAM, n (%)	48 (91)
Suspensión temporal de anti-TNF, n (%)	25 (47)
Hospitalización por RAM, n (%)	16 (30)
Muerte por RAM, n (%)	1 (2)
Cambio de tratamiento, n (%) No Otro anti-TNF Otra familia Sin biológico	35 (67) 6 (11,5) 5 (10) 6 (11,5)
Tipo de RAM, n (%) Infecciosa Respiratoria Autoinmune/paradojal Infusional/local Neurológica Otra	25 (47) 7 (13) 6 (11) 5 (9) 3 (6) 7 (13)
> 1 RAM, n (%)	9 (21)

Figura 1. Distribución global del tipo de RAM según anti-TNF utilizado (n=53).



#84 ORAL

IMPACTO PROANGIOGÉNICO Y MIGRATORIO DE VESÍCULAS

BELÉN ALMENDRA MUÑOZ FUENTES[1], DAYANA ARANCIBIA CARDOZA[2]

[1]PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA; [2]Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-041

Introducción: El cáncer gástrico representa una de las principales causas de mortalidad tumoral. La obesidad constituye un factor de riesgo relevante asociado a la progresión tumoral mediante la inflamación crónica y la remodelación del microambiente. En este contexto, las vesículas extracelulares (VEs) plasmáticas actúan como mediadores en la comunicación intercelular al transferir componentes biológicamente activos. Sin embargo, el impacto funcional directo de las VEs de sujetos con obesidad sobre la angiogénesis y la migración en cáncer gástrico requiere caracterización.

Objetivos: Evaluar el impacto funcional de vesículas extracelulares plasmáticas de sujetos con obesidad sobre la actividad proangiogénica y la capacidad migratoria en células de cáncer gástrico humano.

Métodos: Se aislaron VEs plasmáticas por ultracentrifugación diferencial desde personas normopeso (n=6) y con obesidad (n=6), caracterizadas según recomendaciones MISEV. Células de cáncer gástrico humanas (AGS) se trataron con VEs (1.000 VEs/célula por 24 h). Se evaluó la capacidad proangiogénica de sus medios condicionados sobre células endoteliales en Matrigel a las 20 h y la migración celular mediante ensayo de cierre de herida a las 0 h y 20 h.

Resultados: Los medios condicionados de células de cáncer gástrico tratadas con VEs de personas con obesidad incrementaron significativamente la formación de redes tubulares endoteliales en comparación con el tratamiento con VEs de normopeso, evidenciado por un mayor valor de área total de malla. Asimismo, en el ensayo de migración, las células AGS tratadas con VEs de personas con obesidad mostraron un aumento en la velocidad de cierre de herida, reduciendo significativamente el porcentaje de la brecha residual a las 20

horas en comparación con las células tratadas con VEs de personas normopeso.

Conclusión: Las VEs plasmáticas asociadas a obesidad estimulan la angiogénesis y la migración celular en el cáncer gástrico. Estos hallazgos sugieren que las VEs circulantes en obesidad podrían actuar como mediadores sistémicos pro-tumorales capaces de favorecer fenotipos de progresión tumoral.

Palabras clave: Cáncer gástrico, Vesículas Extracelulares, Angiogénesis, Migración Celular.

#85 ORAL ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

TERAPIA AVANZADA COMBINADA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO

CAROLIN NAVA PEREZ, RODRIGO QUERA PINO, PAULINA NUÑEZ FIGUEROA, GONZALO PIZARRO JOFRE, FRANCISCA CARVAJAL GONZALEZ, LILIAN FLORES PEREZ

Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Clínica Universidad de los Andes

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-042

Introducción: La terapia avanzada combinada (TAC), mediante dos biológicos o un biológico y una molécula pequeña, es una estrategia emergente en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, la experiencia local es escasa.

Objetivo: Describir la experiencia de la TAC en el manejo de la EII en un centro terciario.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con EII que se encuentran en seguimiento en el Programa de EII y que recibieron TAC. Se evaluó indicación, seguridad y efectividad mediante la valoración de remisión clínica con índice Harvey Bradshaw <5 para EC e índice Mayo parcial 2, sin subscore >1 para CU a los 3 meses; remisión bioquímica (calprotectina fecal < 150 ug/g) a los 6 meses y remisión endoscópica (SES-CD < 2 para EC e Índice de Mayo endoscópico 0 para CU) a los 12 meses, según registros disponibles.

Resultados: De 851 pacientes en seguimiento, 13 (1,5%) fueron tratados con TAC, 4 con CU y 9 con EC. Nueve mujeres, edad media de 35,2 ± 15,1 años. Todos los pacientes con exposición previa de al menos un biológico, > 3 en 4 pacientes. La indicación de TAC fue por actividad inflamatoria moderada-grave en 10 pacientes y manifestaciones extraintestinales en 3. En 6 pacientes el esquema fue upadacitinib con un biológico (adalimumab 3, vedolizumab 2 y guselkumab 1); en 4 se utilizó tofacitinib-infliximab y dos biológicos en 3 pacientes (vedolizumab-adalimumab, vedolizumab-ustekinumab y adalimumab-ustekinumab). La mediana de duración de la TAC fue 21 semanas (rango 8–300 semanas). Se utilizó como terapia puente por brote grave en 6; una paciente requirió colectomía. Se observó remisión clínica a los 3 meses en 10/13 pacientes, remisión bioquímica a los 6 meses en 6/13 y remisión endoscópica en 8/10. La TAC permitió el retiro de esteroides en 12/13. Se reportaron 2 eventos adversos leves: rash acneiforme y alopecia, sin necesidad de suspender alguno de los dos fármacos.

Conclusión: En esta cohorte, la TAC mostró una efectividad y seguridad concordantes con lo descrito en la literatura, sugiriendo que podría ser una alternativa terapéutica en pacientes con EII difícil de tratar.

#87 ORAL HEPATOLOGÍA

ELASTOGRAFÍA ESPLÉNICA EN LA EVALUACIÓN NO INVASIVA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL: EXPERIENCIA DE UNA COHORTE BICÉNTRICA CHILENA

ADA CAROLINA CASCONE SCARPATI[1], FERNANDO ALFONSO ROMAN ORTEGA[1], LORENA DEL CARMEN OLIVERO MARTINEZ[2], NATALIE GUEDENEY[2], JORGE CONTRERAS BASULTO[2], CARMEN ALEXANDRA GINESTA FRINGS[2]

[1]Universidad del desarrollo-Clinica Alemana de Santiago (UDD-CAS); [2]Clinica Alemana de Santiago

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-043

Introducción: La hipertensión portal es una complicación frecuente de la enfermedad hepática crónica y de mecanismos vasculares no cirróticos, cuyas manifestaciones clínicas incluyen esplenomegalia, trombocitopenia, presencia de colaterales portosistémicas, trombosis portal y/o várices esofagogástricas. El estándar de referencia internacional diagnóstico es la medición del gradiente de presión venosa invasiva hepática, el cual es poco accesible; lo que motiva la búsqueda de alternativas no invasivas. La elastografía esplénica refleja la presión portal, que puede ser independiente de la fibrosis hepática.

Objetivos: Describir las características de los pacientes a quienes se les realizó medición de rigidez esplénica (Spleen stiffness measurement-SSM) mediante elastografía transitoria a portadores de hepatopatía crónica parenquimatosa y en portadores de mecanismo vascular no cirrótico, en una cohorte bicéntrica chilena.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y bicéntrico (n=93). Se describieron las características demográficas, clínicas y elastográficas según mecanismo etiológico. (abril 2025–agosto 2026). De forma exploratoria, se calculó el área bajo la curva ROC (AUC) de la SSM para predecir várices confirmadas por endoscopía y se evaluó la zona gris de Baveno VII según cortes de LSM y plaquetas.

Resultados: Se incluyeron 93 pacientes (60 hombres y 33 mujeres; mediana de edad 63 años [IQR 51–71]): 74 con hepatopatía crónica parenquimatosa (51,4% MASLD, 25,7% MetALD), 16 con mecanismo vascular no cirrótico y 3 con esplenomegalia aislada. La mediana de LSM fue 13,7 kPa (IQR 9,1–20,3) y 4,8 kPa (IQR 4,5–6,8), respectivamente (p<0,001); la de SSM fue 40,4 kPa (IQR 28,6–56,5) y 35,3 kPa (IQR 20,9–60,7; p=0,505), (Tabla 1). Para predecir várices, el AUC de la SSM fue 0,613 en la hepatopatía parenquimatosa (n=40) y 0,854 en el mecanismo vascular (n=14; p=0,123); los 3 pacientes con esplenomegalia aislada no se incluyeron. En la hepatopatía parenquimatosa, la zona gris de Baveno VII disminuyó de 52% a 11% al agregar la SSM (n=62).

Conclusión: La elastografía esplénica podría ser un instrumento no invasivo para caracterizar a los pacientes con sospecha y/o diagnóstico de hipertensión portal, evitando estudios endoscópicos de screening en casos de bajo riesgo.

Palabras clave: Rigidez Hepática; Rigidez Esplénica; Elastografía; LSM; SSM

Tabla 1. Características de los pacientes con hepatopatía crónica y mecanismo vascular no cirrótico.

Variable	Hepatopatía crónica parenquimatosa (n=74)	Mecanismo vascular no cirrótico (n=16)	Esplenomegalia aislada (n=3)	Total (n=93)	p*
Características demográficas y clínicas					
Edad, años, mediana (IQR)	64,0 (53,2–72,0)	56,5 (38,8–66,2)	59,0 (45,5–61,0)	63,0 (51,0–71,0)	0,092
Sexo masculino, n (%)	45 (60,8)	13 (81,2)	2 (66,7)	60 (64,5)	0,181
Consumo de alcohol, n (%)	29 (39,2)	7 (43,8)	2 (66,7)	38 (40,9)	0,598
Sobrepeso u obesidad, n (%)	59 (79,7)	11 (68,8)	0 (0)	70 (75,3)	0,072
Diagnóstico hepático, n (%)					
MASLD	38 (51,4)	–	–	38 (40,9)	
MetALD	19 (25,7)	–	–	19 (20,4)	
Autoinmune y colestásica (HAI, CBP)	11 (14,9)	–	–	11 (11,8)	
Otras (ALD, VHB, Wilson, hemocromatosis)	6 (8,1)	–	–	6 (6,5)	
Mecanismo vascular no cirrótico	–	14 (87,5)	3 (100)	17 (18,3)	
Trombosis portal no cirrótica	–	2 (12,5)	–	2 (2,2)	
Rigidez hepática y fibrosis					
LSM, kPa, mediana (IQR)	13,7 (9,1–20,3)	4,8 (4,5–5,4)	13,1 (12,1–32,9)	12,5 (6,4–19,1)	<0,001
Fibrosis hepática (categoría LSM), n (%)					<0,001
F0–F1	12 (16,2)	14 (87,5)	–	26 (28,0)	
F2	11 (14,9)	1 (6,2)	–	12 (12,9)	
F3	12 (16,2)	–	2 (66,7)	14 (15,1)	
F4	39 (52,7)	1 (6,2)	1 (33,3)	41 (44,1)	
Rigidez esplénica					
SSM, kPa, mediana (IQR)	40,4 (28,6–56,5)	34,9 (21,2–50,1)	66,0 (42,3–82,3)	40,1 (27,5–57,0)	0,505
Categoría de SSM, n (%)					0,477
<21 kPa (descartada)	9 (12,2)	4 (25,0)	1 (33,3)	14 (15,1)	
21–<40 kPa (zona gris)	27 (36,5)	5 (31,2)	–	32 (34,4)	
40–50 kPa (probable)	12 (16,2)	3 (18,8)	–	15 (16,1)	
>50 kPa (confirmada)	26 (35,1)	4 (25,0)	2 (66,7)	32 (34,4)	

IQR: rango intercuartílico. LSM: medición de rigidez hepática (liver stiffness measurement). SSM: medición de rigidez esplénica (spleen stiffness measurement). MASLD: enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica. MetALD: MASLD con consumo de alcohol aumentado. HAI: hepatitis autoinmune. CBP: colangitis biliar primaria. ALD: enfermedad hepática alcohólica. VHB: virus de hepatitis B. Sobrepeso u obesidad: IMC ≥25 kg/m². La categoría de fibrosis se estimó por LSM. Grupo sin enfermedad hepática parenquimatosa: incluye 2 casos de PSVD confirmada por biopsia. *Comparación entre con cirrosis (n=74) y sin cirrosis (n=19, ambos mecanismos juntos): U de Mann-Whitney (variables continuas), prueba exacta de Fisher o chi-cuadrado por permutación (variables categóricas). El grupo de esplenomegalia aislada (n=3) es solo descriptivo.

#91 ORAL HEPATOLOGÍA

ALTA SEROPROTECCIÓN CON ESQUEMA ACELERADO DE VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B EN MIGRANTES HAITIANOS EN CHILE

JAVIER PÉREZ VALENZUELA[1], PATRICIO ASTUDILLO PAREDES[1], JAVIER URIBE MONASTERIO[1], JOSÉ IGNACIO VARGAS DOMÍNGUEZ[1], CARLOS BENÍTEZ GAJARDO[1], MARCELO LÓPEZ LASTRA[1], RUTH NÚÑEZ PUENTE[1], VALENTINA ROSS MASSANES[1], JACINTA SOZA RESTREPO[1], KARLA PINO LEMUNAO[1], FRANCISCO FUSTER SALDÍAS[2], ALEJANDRO SOZA RIED[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Hospital Gustavo Fricke

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-044

Introducción: La hepatitis B (VHB) aumenta el riesgo de cirrosis y hepatocarcinoma. Chile tiene baja prevalencia de infección crónica, pero estudios previos mostraron cifras mayores en migrantes haitianos. La vacunación es la estrategia preventiva más efectiva y un esquema acelerado podría mejorar la adherencia. Polimorfismos genéticos, como el IFNL3 se han asociado a respuesta a vacunación.

Objetivos: Evaluar la respuesta inmune a un esquema acelerado de vacunación contra VHB en migrantes haitianos en Chile e identificar factores clínicos, demográficos y genéticos asociados.

Métodos: Estudio prospectivo abierto en adultos haitianos que recibieron vacuna contra VHB en esquema acelerado (0, 1 y 2 meses). La respuesta inmune (anti-HBs 10 mUI/mL) se evaluó 4 a 8 semanas tras la última dosis. Se genotipificaron los polimorfismos rs12979860 y rs8099917 de IFNL3, evaluando el equilibrio de Hardy-Weinberg (EHW). Se aplicaron prueba de Fisher y U de Mann-Whitney para análisis de asociaciones.

Resultados: 82 participantes completaron el esquema de vacuna (mediana 37 años, 54,9% mujeres). La seroprotección fue 91,5% (IC95%: 85,3-97,6), con una media geométrica de títulos de anti-HBs de 529,7 mUI/mL (IC95%: 362,4-774,2); 88% (66/75) alcanzó respuesta alta (100 mUI/mL). No hubo efectos adversos inmediatos. En los participantes genotipificados, rs12979860 (n=67) mostró TT 64,2%, CT 28,4% y CC 7,5%, y rs8099917 (n=70) TT 88,6% y TG 11,4%; ambos en EHW. No hubo diferencias clínicas, demográficas ni genéticas entre respondedores y no respondedores (Tabla 1).

Conclusión: El esquema acelerado de vacunación contra VHB logró una respuesta inmunológica alta, comparable al esquema estándar e independiente de los polimorfismos de IFNL3. Los títulos elevados sugieren protección robusta y potencialmente duradera.

El esquema acelerado puede ser un pilar de prevención para migrantes con una alta tasa de respuesta y mejoría en la adherencia.

Palabras clave: Hepatitis B Crónica; Vacunas; Migración Humana.

Característica	Vacunados (n=82)	No respondedores (n=7)	Respondedores (n=75)	valor p
Sexo femenino, n (%)	45/82 (54,9)	4/7 (57,1)	41/75 (54,7)	> 0,9
Edad, años (mediana, RIC)	37 (12)	39 (15)	36 (13)	0,60
Índice de masa corporal, kg/m² (mediana, RIC)	**26,9 (6,9)**	**28,7 (7,6)**	**26,7 (6,0)**	**0, 11**
Obesidad, n (%)	20/73 (27,4)	2/5 (40,0)	18/68 (26,5)	0, 60
Hipertensión arterial, n (%)	23/76 (30,3)	4/6 (66,7)	19/70 (27,1)	0, 064
Diabetes mellitus, n (%)	5/82 (6,1)	0/7 (0)	5/75 (6,7)	> 0, 9
Circunferencia de cintura, cm (mediana, RIC)	88,5 (17,0)	91,0 (15,0)	88,0 (13,3)	0, 156
Tabaquismo, n (%)	1/82 (1,2)	0/7 (0)	1/75 (1,3)	> 0, 9
rs12979860, n (%) CC CT/TT	5/67 (7,5) 62/67 (92,5)	1/3 (33,3) 2/3 (66,7)	4/64 (6,2) 60/64 (93,8)	0, 20
rs8099917, n (%) TT TG/GG	62/70 (88,6) 8/70 (11,4)	4/4 (100) 0/4 (0)	58/66 (87,9) 8/66 (12,1)	> 0, 9
Categoría de respuesta anti-HBs, n (%) No respondedor (<10 mUI/mL) Respuesta baja (10-99 mUI/mL) Respuesta alta (100 mUI/mL)	7/82 (8,5) 9/82 (11,0) 66/82 (80,5)	7/7 (100) 0/7 (0) 0/7 (0)	0/75 (0) 9/75 (12,0) 66/75 (88,0)	N A
Media geométrica de títulos anti-HBs en respondedores, mUI/mL (IC95%)	NA	NA	529,7 (362,4-774,2)	N A

#93 ORAL HEPATOLOGÍA

MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL: ENFERMEDAD VASCULAR PORTO-SINUSOIDAL (PSVD) EN UNA COHORTE CHILENA

ADA CAROLINA CASCONE SCARPATI[1], GONZALO CARRASCO-AVIÑO[2], RODRIGO ZAPATA LARRAIN[2], CARMEN ALEXANDRA GINESTA FRINGS[3]

[1]Universidad del Desarrollo-Clínica Alemana de Santiago; [2]Clínica Alemana de Santiago; [3]Clinica Alemana de Santiago

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-045

Introducción: Las alteraciones histológicas asociadas a hipertensión portal no-cirrótica han sido descritas bajo múltiples denominaciones (hipertensión portal idiopática, hiperplasia nodular regenerativa, esclerosis hepatoportal, venopatía portal obliterativa, entre otras) hoy reconocidas como parte de un mismo espectro. En 2019, el Grupo de Enfermedades Vasculares Hepáticas (VALDIG) propuso el término enfermedad vascular porto-sinusoidal (PSVD) consolidado por el consenso multisocietario internacional 2026 como entidad clínico-patológica con criterios histológicos estandarizados. Su caracterización en cohortes latinoamericanas sigue siendo escasa.

Objetivos: Caracterizar el perfil clínico, bioquímico e histológico de una cohorte chilena con alteraciones histológicas asociadas a PSVD y evaluar retrospectivamente los criterios histológicos del consenso 2026.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, unicéntrico, que incluyó biopsias hepáticas con elementos histológicos de PSVD (abril 2023–septiembre 2026). Se evaluaron criterios histológicos definidos en el consenso 2026 (criterios mayores: hiperplasia nodular regenerativa (HNR), muscularización de venas porta, estenosis de venas porta en 50% de espacios porta (EP) y presencia de los

tres criterios menores; criterios menores: cambios regenerativos sin HNR clara, estructuras vasculares portales anormales y estenosis de venas porta en 25%-49% de los EP). Variables continúas descritas como mediana [RIC]; categóricas como n/N (%).

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes (53% mujeres, mediana de edad 47 años). La indicación de biopsia más frecuente fue alteración de pruebas hepáticas (17/30, 57%); con elevación >2 LSN de al menos una enzima en 16/17 (94%). Bioquímicamente (medianas): plaquetas 234.500/mm³, albúmina 4,4 g/dL, INR 1,0. Las manifestaciones clínicas de hipertensión portal fueron infrecuentes: esplenomegalia en 3/27 (11%) y trombocitopenia en 3/26 (12%). Histológicamente, la presencia de estructuras vasculares anormales se observó en el 100% de los casos; la mediana de estenosis de venas porta fue de 32% [27,8–38,8] (rango 6,9–60%), cumpliendo criterio menor (25–49%) en 19/27 (70%) y criterio mayor (50%) en 4/27 (15%). No se documentó hiperplasia nodular regenerativa franca; la muscularización venular se identificó en 3/30 casos. Se identificó posible enfermedad colestásica (colangitis/ductopenia/CEP-CBP) concomitante en 13/30 (43%).Tabla 1

Conclusión: Esta cohorte se caracteriza por la disociación entre los hallazgos histológicos de PSVD y la expresión clínica de hipertensión portal. La herniación venosa portal fue constante, mientras que la obliteración o disminución del calibre venular mostró una distribución variable alcanzando el umbral de criterio mayor (50%) en uno de cada cinco casos. La superposición con posibles enfermedades colestásicas (43%) constituye otro elemento relevante y plantea la necesidad de estudios dirigidos a determinar su significado diagnóstico y pronóstico dentro del espectro de la EVPS.

Palabras clave: Enfermedad vascular porto-sinusoidal; Hipertensión portal; Biopsia hepática; Histopatología.

Figura 1

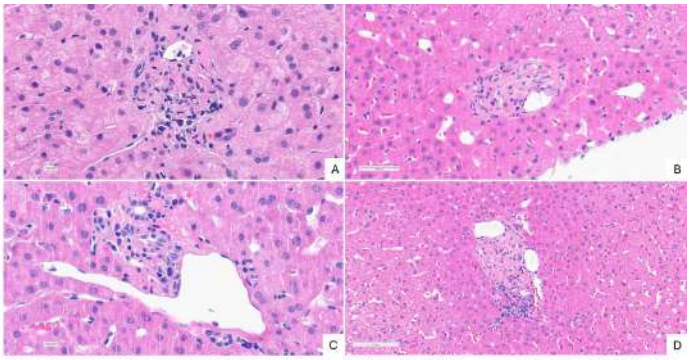


Figura 1: A (HE, 60x) y B (HE, 40x) muestras espacios porta fibróticos con disminución de calibre de vena porta. C (HE, 60x) muestra vena porta anormal con herniación al parénquima adyacente. D (HE, 25x) muestra un espacio porta fibrótico con vasos sanguíneos periportales anormales.

Tabla 1. Características clínicas, bioquímicas e histológicas de la cohorte chilena con alteraciones histológicas asociadas a enfermedad vascular porto-sinusoidal (n = 30).

Característica	Resultado
Características generales	
Pacientes incluidos, n	30
Sexo femenino	16/30 (53,3%)
Edad, años	47 [40–54]
Indicación de biopsia y laboratorio	
Alteración de pruebas hepáticas como indicación de biopsia	17/30 (56,7%)
Elevación >2 LSN de al menos una enzima hepática (entre los 17)	16/17 (94,1%)
ALT >2 LSN	10/17 (58,8%)
AST >2 LSN	3/17 (17,6%)
GGT >2 LSN	15/17 (88,2%)
FA >2 LSN	3/17 (17,6%)
Plaquetas, /mm³	234.500 [216.250–279.250]
Albúmina, g/dL	4,4 [4,31–4,47]
INR	1,0 [0,96–1,02]
Manifestaciones clínicas de hipertensión portal	
Esplenomegalia	3/27 (11,1%)
Trombocitopenia (<150.000/mm³)	3/26 (11,5%)
Histología	
Alteraciones vasculares portales	30/30 (100,0%)
Estenosis de venas porta, % de EP (n = 27)	32 [27,8–38,8]; rango 6,9–60
Criterio menor (25–49% de EP)	19/27 (70,4%)
Criterio mayor (≥50% de EP)	4/27 (14,8%)
Hiperplasia nodular regenerativa franca	0/30 (0,0%)
Muscularización venular	3/30 (10,0%)
Posible enfermedad colestásica concomitante (colangitis/ductopenia/CEP-CBP)	13/30 (43,3%)

Variables continúas expresadas como mediana [RIC]; categóricas como n/N (%), donde N corresponde a los pacientes con dato evaluable. LSN: límite superior normal (AST y ALT 35 U/L; GGT 40 U/L; FA 104 U/L); FA: fosfatasa alcalina; EP: espacios porta; CEP: colangitis esclerosante primaria; CBP: colangitis biliar primaria. Estenosis de venas porta: proporción de EP con venas porta de calibre disminuido u obliteradas; criterios histológicos según el consenso multisocietario 2026.

#99 ORAL ENDOSCOPÍA

TERAPIAS INCRETÍNICAS, RETENCIÓN GÁSTRICA Y VISUALIZACIÓN ENDOSCÓPICA EN ADULTOS CON SOBREPESO U OBESIDAD SIN DIABETES

JOSE DAVID GUZMAN GUZMAN, NEREIDA LISBETH DUARTE ROPERO
CIGED - CENTRO DE INVESTIGACION DE GASTROENTE
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-046

Introducción: Las terapias incretínicas retrasan el vaciamiento gástrico y pueden incrementar el contenido gástrico durante la endoscopia digestiva alta (EDA). Su repercusión sobre la visualización en adultos con sobrepeso u obesidad sin diabetes está poco caracterizada.

Objetivos: Evaluar la asociación entre exposición a terapias incretínicas, contenido gástrico retenido (CGR), volumen gástrico residual (VGR) aumentado y limitación de la visualización inicial durante EDA.

Métodos: Estudio observacional analítico de cohorte en Ecuador. Se incluyeron 64 adultos con índice de masa corporal (IMC) 25 kg/m²: 41 expuestos a semaglutida, liraglutida o tirzepatida y 23 controles no expuestos; todos sin diabetes. Con ayuno protocolizado se registraron contenido gástrico, volumen líquido aspirado antes del lavado y visualización inicial. VGR aumentado se definió como sólidos y/o líquido >0,8 mL/kg. Se emplearon Fisher/Mann-Whitney, riesgo relativo (RR) e intervalo de confianza del 95% (IC95%) y regresión de Firth ajustada por edad, sexo e IMC.

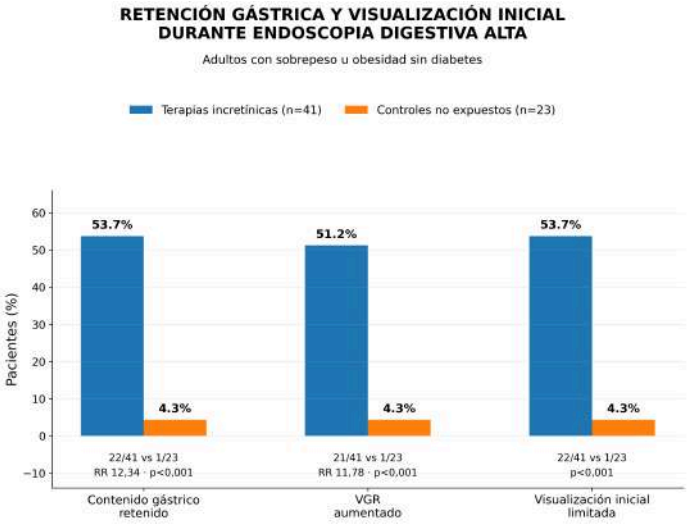
Resultados: CGR ocurrió en 22/41 expuestos (53,7%) vs 1/23 controles (4,3%); RR 12,34 (IC95% 1,78–85,70), p<0,001. VGR aumentado ocurrió en 21/41 (51,2%) vs 1/23 (4,3%); RR 11,78 (IC95% 1,69–81,98), p<0,001. La visualización inicial estuvo limitada en 53,7% vs 4,3% (p<0,001) y el volumen líquido prelavado fue mayor en expuestos (mediana 56,5 vs 31,0 mL; p<0,001). La asociación con CGR persistió tras ajuste por edad, sexo e IMC (p<0,001). Solo 1 expuesto (2,4%) presentó VGR clínicamente significativo; no hubo aspiración ni reprogramaciones y todas las EDA se completaron.

Conclusión: En adultos con sobrepeso u obesidad sin diabetes, las terapias incretínicas se asociaron con mayor retención gástrica y limitación de la visualización inicial pese a ayuno adecuado. La baja

frecuencia de eventos clínicamente significativos sugiere diferenciar retención gástrica de complicaciones mayores y apoya una estratificación preendoscópica individualizada.

Palabras clave: Agonistas del Receptor del Péptido Similar al Glucagón-1; Endoscopía Gastrointestinal; Vaciamiento Gástrico; Factores de Riesgo.

Figura 1 - Retención gástrica y visualización inicial durante endoscopia digestiva alta



CGR: contenido gástrico retenido. VGR: volumen gástrico residual.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DESENLACES ENDOSCÓPICOS SEGÚN EXPOSICIÓN A TERAPIAS INCRETÍNICAS
Adultos con sobrepeso u obesidad sin diabetes (N=64)

Variable	Terapias incretínicas (n=41)	Controles (n=23)	Efecto / p
Edad, años	38,0 ± 9,6	38,8 ± 8,8	p=0,679
Mujeres	26/41 (63,4%)	15/23 (65,2%)	p=1,000
IMC, kg/m²	32,9 ± 4,3	30,0 ± 3,6	p=0,005
Ayuno, horas	11,1 ± 0,5	11,2 ± 0,5	p=0,899
Contenido gástrico retenido	22/41 (53,7%)	1/23 (4,3%)	RR 12,34 (IC95% 1,78-85,70)
VGR aumentado	21/41 (51,2%)	1/23 (4,3%)	RR 11,78 (IC95% 1,69-81,98)
Volumen prelavado, mL	56,5 (41,8-74,5)	31,0 (27,5-35,5)	p<0,001
Visualización inicial limitada	22/41 (53,7%)	1/23 (4,3%)	p<0,001
VGR clínicamente significativo	1/41 (2,4%)	0/23 (0%)	Descriptivo
Aspiración	0	0	—
EDA completa	41/41 (100%)	23/23 (100%)	—

Modelo ajustado: la exposición a terapias incretínicas permaneció asociada con contenido gástrico retenido (regresión logística penalizada de Firth ajustada por edad, sexo e índice de masa corporal: OR ajustado 12,46; IC95% 2,74-118,91; p<0,001).
VGR aumentado: presencia de sólidos y/o volumen líquido prelavado >0,8 mL/kg. EDA: endoscopia digestiva alta; IMC: índice de masa corporal; RR: riesgo relativo; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

#104 ORAL ENDOSCOPÍA

VALIDACIÓN PANCONTINENTAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA ASISTIDA POR IA PARA ÚLCERAS Y EROSIONES DE INTESTINO DELGADO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

JAVIER URIBE MONASTERIO[1], ALBERTO ESPINO ESPINO[1], JOSÉ IGNACIO VARGAS DOMINGUEZ[1], MATÍAS CESPEDES ROJAS[1], ANA PATRICIA ANDRADE[2], JACK DI PALMA[3], BRUNO ROSA[4], ERIKA BORGES[5], EDUARDO MOURA[6], THIAGO SECCHI[7], CECILIO SANTANDER[8], CAROLINA OLANO[9], ARTHUR KAFFES[10], ROBERT FELLER[11], NAIF ALROSSAIS[12], MARCIS LEJA[13], MOHAMED ALI AHMED EL NADY[14], RODRIGO SOTO SOLIS[15], BRUNO MENDEZ[16], MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA[17]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]São João University Hospital, Alameda Professor Hernâni Monteiro; [3]University of South Alabama; [4]Hospital da Senhora da Oliveira; [5]Hospital Israelita Albert Einstein; [6]Hospital Vila Nova Star; [7]Hospital 9 de Julho; [8]Hospital Universitario La Princesa; [9]Universidad de La República; [10]Royal Prince Alfred Hospital; [11]St Vincents Hospital; [12]Kings Faisal Specialist Hospital and Research Center; [13]Digestive Disease Centre; [14]Al-Azhar specialized Hospital; [15]Centro Médico Nacional 20 de Noviembre; [16]Facultad de Ingenieria Universidad de Porto; [17]São João University Hospital

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-047

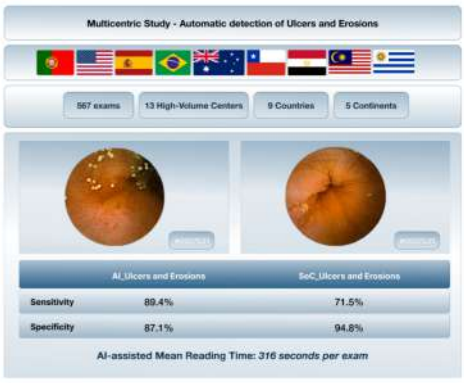
Introducción: La cápsula endoscópica (CE) permite la evaluación mínimamente invasiva de los trastornos inflamatorios del intestino delgado, particularmente en la enfermedad de Crohn. La identificación precisa de úlceras y erosiones es esencial para la evaluación de la actividad de la enfermedad, las decisiones terapéuticas y las estrategias de tratamiento por objetivos (treat-to-target). Sin embargo, la revisión manual de la CE consume mucho tiempo y presenta una exactitud diagnóstica subóptima. Los avances en inteligencia artificial (IA) ofrecen el potencial de mejorar el rendimiento, reducir la variabilidad y optimizar el flujo de trabajo. Este estudio tiene como objetivo validar un modelo de IA para la detección de úlceras y erosiones de intestino delgado utilizando múltiples sistemas de CE en centros internacionales.

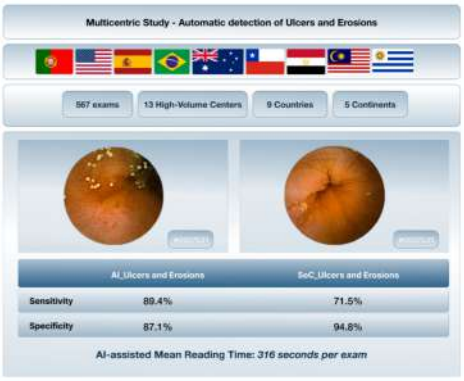
Métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo y multicéntrico que incluyó 567 estudios de CE provenientes de diecisiete centros en Portugal, España, Brasil, Uruguay, Australia, México, Letonia, Arabia Saudita, Chile, Chipre, Malasia, Egipto y Estados Unidos. La lectura asistida por IA se comparó con la interpretación convencional o estándar (SoC). Un panel de expertos estableció el gold standard. El rendimiento diagnóstico se evaluó mediante la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP), el valor predictivo negativo (VPN), la exactitud diagnóstica y el área bajo la curva ROC (AUC-ROC). Se registró el tiempo de lectura asistida por IA.

Resultados: El panel de expertos identificó úlceras y erosiones en 179 pacientes (31,6%), en comparación con los 148 casos detectados mediante la lectura convencional (26,1%). La lectura convencional alcanzó una sensibilidad del 71,5%, una especificidad del 94,8%, un VPP del 86,5% y un VPN del 87,8%. Por su parte, la lectura asistida por IA logró una sensibilidad del 89,4%, una especificidad del 87,1%, un VPP del 76,2% y un VPN del 94,7%. La IA obtuvo una mayor sensibilidad (+17,9%), lo que indica una mejor detección de las lesiones inflamatorias, y un VPN sustancialmente superior, lo que respalda su fiabilidad clínica para descartar actividad de la enfermedad. El tiempo medio de lectura asistida por IA fue de 316 segundos por examen.

Conclusiones: La CE asistida por IA mejora significativamente la detección de úlceras y erosiones de intestino delgado, con una marcada reducción en el tiempo de lectura, favoreciendo una monitorización más eficiente en la enfermedad de Crohn. Este es el primer estudio que valida la lectura asistida por IA con datos de todos los continentes, y la inclusión de diferentes dispositivos de CE respalda su interoperabilidad. Estos hallazgos posicionan a la lectura asistida por IA como una herramienta costo-efectiva y mínimamente invasiva para la evaluación del intestino delgado, capaz de guiar las estrategias treat-to-target, minimizar la omisión de lesiones inflamatorias y mejorar la eficiencia del flujo de trabajo clínico.

Figura resumen 1





#105 ORAL HEPATOLOGÍA

DESARROLLO Y VALIDACIÓN INTERNA DE UN MODELO DIAGNÓSTICO NO INVASIVO DE HEPATITIS AUTOINMUNE

MARIA CATALINA BARROS CASTILLO[1], OSCAR CORSI SOTELO[2], JAVIER URIBE MONASTERIO[2], JORGE ARNOLD ÁLVAREZ[2], MARÍA JESÚS FUENZALIDA LIZANA[2], MANUEL BARRERA OÑATE[2], BELÉN GIACAMAN FONSECA[2], VÍCTOR REBOLLEDO MUÑOZ[2], MATÍAS CÉSPEDES ROJAS[2], GUILLERMO PÉREZ PAREDES[2], JAVIERA TORRES MONTES[2], ROBERTO CANDIA BALBOA[2]

[1]PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE -HOS; [2]Pontificia Universidad Católica de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-048

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es una hepatopatía frecuente y se asocia a una importante carga de morbimortalidad. Las guías de práctica clínica exigen la histología hepática como componente obligatorio para alcanzar un diagnóstico definitivo. La biopsia hepática (BH) es un procedimiento invasivo, cuyo valor diagnóstico incremental sobre los datos clínicos, bioquímicos, inmunológicos y de imagen no ha sido establecido de forma prospectiva en cohortes amplias y heterogéneas.

Objetivos: Desarrollar y validar internamente un modelo diagnóstico no invasivo de HAI basado en variables clínicas y de laboratorio, y estimar la proporción de biopsias evitables mediante una estrategia de doble umbral.

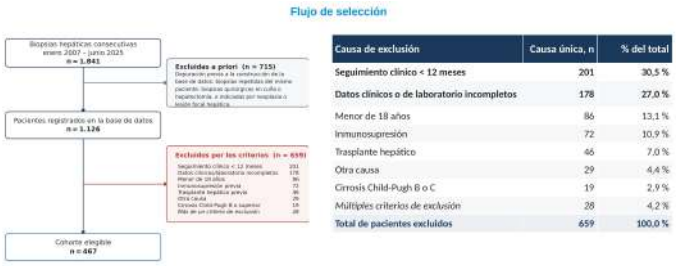
Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica (enero 2007-junio 2025) de adultos biopsiados por colestasia y/o hepatitis aguda o crónica, reportada según TRIPOD. El estándar de referencia fue el diagnóstico definitivo tras seguimiento clínico 12 meses. Se construyó un modelo de regresión logística multivariable con predictores preespecificados (edad, sexo, cociente IgG, ANA, ASMA, factor R, estado glucometabólico, sobrepeso/obesidad), evaluado mediante AUROC y validación interna por bootstrap, comparado con el puntaje simplificado sin histología.

Resultados: De 467 pacientes elegibles, la cohorte de modelamiento incluyó 435 (188 HAI, 39,4%). El modelo no invasivo mostró un AUROC de 0,909 (aparente) y 0,898 corregido por optimismo, superior al puntaje simplificado sin histología (AUROC 0,817; p<0,001). Con un objetivo de especificidad del 95%, la estrategia de doble umbral (descarte 0,178; confirmación 0,680) permitió evitar la biopsia en el 65,8% de los pacientes, con sensibilidad 61,8%, especificidad 94,5%, VPP 88,8% y VPN 78,3% (valores corregidos por bootstrap).

Conclusión: Un modelo diagnóstico no invasivo con doble umbral discrimina mejor que el puntaje simplificado sin histología y podría evitar biopsias hepáticas en determinados pacientes con sospecha de HAI; su aplicación clínica requiere validación externa.

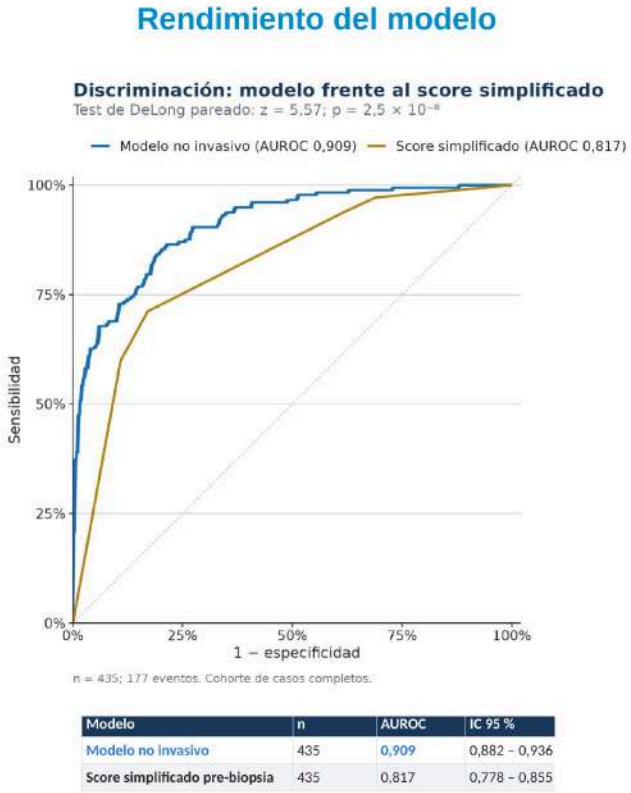
Palabras clave: Hepatitis Autoinmune; Biopsia Hepática; Modelos logísticos.

Diagrama de Flujo



Causa de exclusión	Causa única, n	% del total
Seguimiento clínico < 12 meses	201	30,5 %
Datos clínicos o de laboratorio incompletos	178	27,0 %
Menor de 18 años	86	13,1 %
Inmunosupresión	72	10,9 %
Trasplante hepático	46	7,0 %
Otra causa	29	4,4 %
Cirrosis Child-Pugh B o C	19	2,9 %
Múltiples criterios de exclusión	28	4,2 %
Total de pacientes excluidos	659	100,0 %

Rendimiento del modelo



Modelo	n	AUROC	IC 95 %
Modelo no invasivo	435	0,909	0,882 – 0,936
Score simplificado pre-biopsia	435	0,817	0,778 – 0,855

#106 ORAL ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

CYCLING DE ANTI-TNF EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: IMPACTO CLÍNICO, HOSPITALIZACIONES Y COSTOS BAJO LEY RICARTE SOTO

EDITH PAOLA PÉREZ DE ARCE OÑATE[1], CAMILA ANDREA ESTAY HERNÁNDEZ[1], RENÉ ANDRÉS ROJAS BRAIN[1], DANIELA MARÍA SIMIAN MARÍN[1], CAMILA ANGÉLICA MAULEN LLANCA[1], OLIVIA HORNA CAMPOS[2], CRISTIAN ANDRÉS MONTENEGRO URBINA[1], FABIÁN ALBERTO MELLADO OLIVARES[3], MÓNICA GRACIELA JERIA CASTRO[4], CAMILA PAZ RIVEROS PALAPE[1]

[1]Programa de Enfermedades Inflamatorias Intestinales, Hospital Clínico Universidad de Chile; [2]Escuela de Salud Publica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; [3]Unidad GRD, Hospital Clínico Universidad de Chile; [4]Servicio de Farmacia, Hospital Clínico Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-049

Introducción: En Chile, la Ley Ricarte Soto (LRS) solo financia terapias anti-TNF para Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), obligando al cycling (rotación a un 2° anti-TNF) ante falla del primero. Su impacto clínico y económico local es desconocido.

Objetivos: Comparar la actividad clínica, complicaciones y costo hospitalario entre pacientes con EII que permanecieron en primera línea de anti-TNF y aquellos que, tras su falla, iniciaron un segundo anti-TNF (cycling).

Método: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con EII en LRS. Se compararon dos cohortes: Grupo 1 (un anti-TNF, n=214) y Grupo 2 (cycling a 2 anti-TNF, n=85). En Grupo 1, los desenlaces se

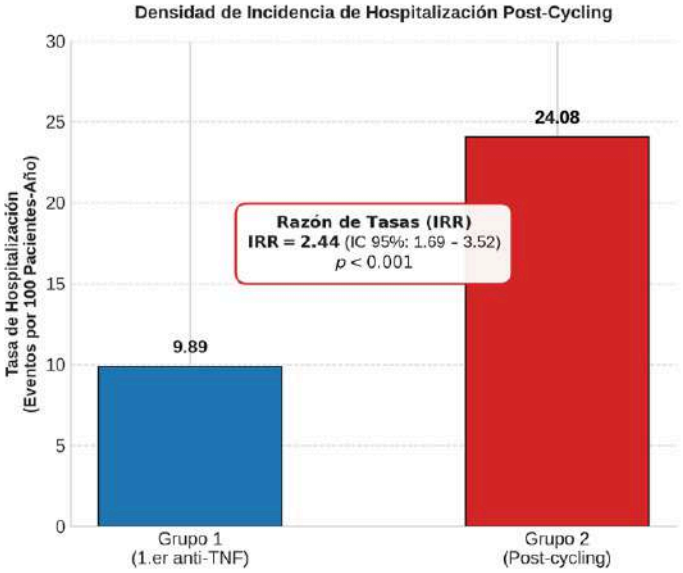
contabilizaron desde el inicio del anti-TNF; en cycling, desde el inicio del segundo anti-TNF, excluyendo eventos previos a la rotación. Se evaluaron tasas de hospitalización relacionadas a EII, cirugía por 100 pacientes-año, actividad persistente y uso de corticoides. El tiempo hasta cycling se comparó según anti-TNF inicial mediante Kaplan-Meier y Kruskal-Wallis, y el costo hospitalario anualizado mediante peso GRD (Fonasa 2025).

Resultados: El seguimiento fue de 667,7 pacientes-año en quienes permanecieron con el primer anti-TNF (Grupo 1) y de 207,6 en quienes realizaron cycling (Grupo 2). Se registraron 66 y 50 hospitalizaciones, respectivamente. La tasa de hospitalización fue 2,44 veces mayor en Grupo 2 post cycling (24,08 vs. 9,89 por 100 pacientes-año; p<0,001). El tiempo hasta el cycling difirió según el anti-TNF inicial, siendo más prolongado con infliximab (p<0,001). El uso de corticoides (84,7% vs. 50,0%; p<0,001) y la actividad persistente (41,9% vs. 22,3%; p=0,005) fueron mayores en el Grupo 2. La cirugía no difirió (p=0,826). La complejidad hospitalaria fue similar (peso GRD: 0,889 vs. 0,889; p=0,24), pero el costo anualizado fue mayor en el Grupo 2 ($995.709 vs. $335.956 CLP por paciente-año).

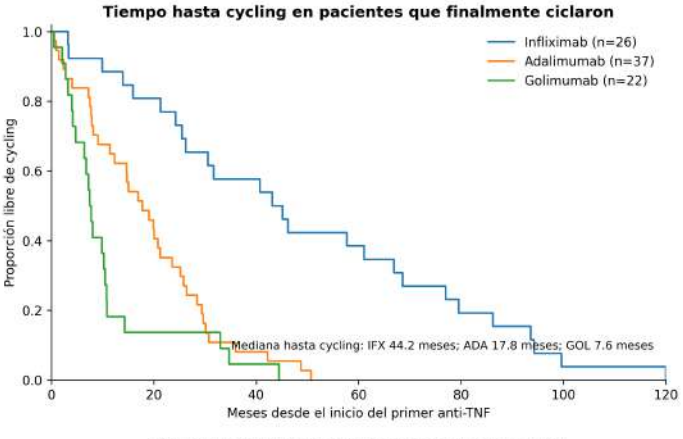
Conclusión: El cycling se asoció a mayor actividad persistente, uso de corticoides, tasa de hospitalización y costo hospitalario que quienes permanecieron con el primer anti-TNF. Estos hallazgos aportan evidencia local para evaluar alternativas terapéuticas con mecanismos de acción diferentes en la LRS.

Palabras clave: Enfermedades inflamatorias intestinales; Inhibidores del factor de necrosis tumoral; Hospitalización; Costos de atención en salud.

Densidad de incidencia de hospitalizaciones post-cycling



Kaplan-Meier de tiempo hasta cycling según anti-TNF inicial en pacientes que requirieron rotación; Kruskal-Wallis p<0,001



Cohorte restringida a los 85 pacientes que iniciaron un segundo anti-TNF.
Eje X truncado a 120 meses para mejorar legibilidad.

#107 ORAL HEPATOLOGÍA

CONSUMO DE ALCOHOL Y MORTALIDAD EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE: COHORTE RETROSPECTIVA EN CHILE

DAYAN CHACÓN MORAO, FRANCISCO IDALSOAGA, VICTOR REBOLLEDO, FRANCISCO BARRERA MARTINEZ, LUIS DIAZ PIGA, JUAN PABLO ARAB VERDUGO, MARCO ARRESE JIMENEZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-050

Introducción: Las personas en situación de calle (PSC) presentan una carga desproporcionada de enfermedad hepática, atribuible en gran parte al alcohol. En Chile, la cirrosis está entre las principales causas de muerte en esta población, a diferencia de países de altos ingresos. La asociación entre alcohol y mortalidad no ha sido cuantificada en cohortes latinoamericanas de PSC.

Objetivos: Evaluar la asociación entre consumo de alcohol y mortalidad por todas las causas y de causa hepática en PSC atendidas en Chile.

Métodos: Cohorte retrospectiva de PSC atendidas por la Fundación Salud Calle (Santiago, Chile) entre 2010-2019, con seguimiento censurado en junio de 2026. La exposición primaria fue el consumo de alcohol autorreportado (binario), con análisis de sensibilidad según gramos/día. Sobrevida estimada con Kaplan-Meier; asociaciones evaluadas con modelos de Cox ajustados por edad y sexo.

Resultados: Se incluyeron 490 participantes (mediana de edad 49 años; 81,8% hombres; seguimiento mediano 7,78 años; 3.849 personas-año). El 57,6% reportó consumo de alcohol. Fallecieron 156 (31,8%; tasa cruda 40,5/1.000 personas-año); infecciones (30,1%) y falla hepática/cirrosis (9,6%), las causas más frecuentes; 53,8% de las muertes ocurrió fuera del hospital. El alcohol se asoció independientemente con mayor mortalidad global (HR ajustado 1,66; IC95% 1,19-2,33; p=0,003), asociación que persistió tras incluir tiempo en calle (HR 1,54; IC95% 1,08-2,21; p=0,017) y mostró relación dosis-respuesta (HR 1,08 por 50 g/día; IC95% 1,04-1,12; p<0,001). La mortalidad hepática mostró asociación clínicamente relevante sin significación estadística (HR 3,50; IC95% 0,98-12,49; p=0,054).

Conclusión: El consumo de alcohol se asoció independientemente con mayor mortalidad global en PSC en Chile, con relación dosis-respuesta. Estos hallazgos respaldan el tamizaje, manejo y vinculación a atención de la enfermedad hepática y de los trastornos por uso de alcohol/sustancias en esta población vulnerable.

Palabras clave: Personas sin Hogar; Consumo de Alcohol; Mortalidad; Cirrosis Hepática por Alcohol.

Características basales de la cohorte total y estratificadas según consumo de alcohol reportado.

Tabla 1. Características basales de la cohorte total y estratificadas según consumo de alcohol reportado.

Característica	Total N = 490	Sin consumo de alcohol N = 208	Con consumo de alcohol N = 282	valor p
Edad, mediana [RIC]	49,0 [38,5, 61,0]	50,0 [38,0, 61,0]	49,0 [39,0, 61,0]	0,973
Sexo				
Hombres, n (%)	401 (81,8%)	156 (75,0%)	245 (86,9%)	<0,001
Mujeres, n (%)	89 (18,2%)	52 (25,0%)	37 (13,1%)	
Duración de la situación de calle (meses, RIC)	14,0 [3,0, 40,0]	14,0 [4,0, 72,0]	14,0 [5,0, 60,0]	0,717
Comorbilidades (N, %)				
Hipertensión, n (%)	113 (23,1%)	48 (23,1%)	65 (23,0%)	>0,999
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	58 (11,8%)	26 (12,5%)	32 (11,3%)	0,777
Dislipidemia, n (%)	50 (10,2%)	24 (11,5%)	26 (9,2%)	0,451
Tuberculosis, n (%)	31 (6,3%)	9 (4,3%)	22 (7,8%)	0,133
VIH, n (%)	9 (1,8%)	5 (2,4%)	4 (1,4%)	0,504
Cáncer, n (%)	18 (3,7%)	8 (3,8%)	10 (3,5%)	>0,999
Epilepsia, n (%)	34 (6,9%)	16 (7,7%)	18 (6,4%)	0,252
Enfermedades psiquiátricas (N, %)				
Esquizofrenia, n (%)	33 (6,7%)	21 (10,1%)	12 (4,3%)	0,017
Depresión, n (%)	59 (12,0%)	26 (12,5%)	33 (11,7%)	0,781
Trastorno bipolar, n (%)	10 (2,0%)	3 (1,4%)	7 (2,5%)	0,529
Deterioro cognitivo, n (%)	5 (1,0%)	2 (1,0%)	3 (1,1%)	>0,999
Trastorno por uso de sustancias, n (%)	14 (2,9%)	1 (0,5%)	13 (4,6%)	0,005
Tabaquismo y consumo de drogas (N, %)				
Tabaquismo, n (%)	330 (68,3%)	121 (58,7%)	209 (75,5%)	<0,001
Consumo de cannabis, n (%)	111 (23,5%)	27 (13,4%)	84 (31,0%)	<0,001
Consumo de cocaína, n (%)	92 (19,8%)	17 (8,6%)	75 (28,0%)	<0,001
Consumo de derivados de cocaína, n (%)	87 (18,6%)	18 (9,0%)	69 (25,7%)	<0,001

Abreviaturas: VIH, virus de la inmunodeficiencia humana. RIC, rango intercuartílico.

Sobrevida global no ajustada según presencia de consumo de alcohol.

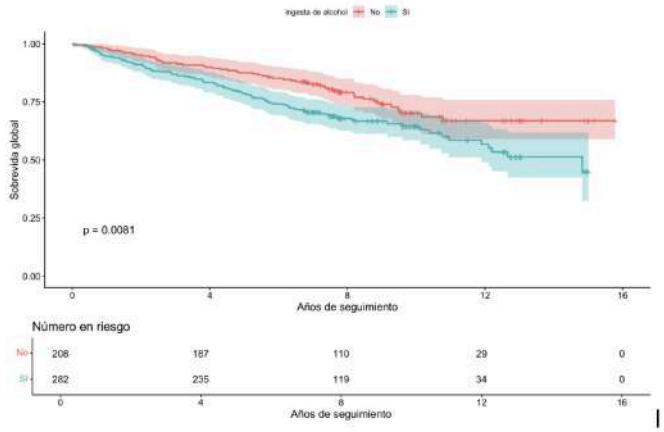


Figura 2. Sobrevida global no ajustada según presencia de consumo de alcohol. Las curvas de Kaplan-Meier comparan a los participantes con y sin consumo de alcohol, y la diferencia entre grupos fue evaluada mediante prueba de log-rank (p = 0,0081).

#109 ORAL PÁNCREAS

RIESGO DE CÁNCER PANCREÁTICO EN VIGILANCIA DE NEOPLASIA INTRADUCTAL PAPILAR MUCINOSA: COHORTE MULTICÉNTRICA UNIVERSITARIA EN SANTIAGO, CHILE

RENATA FRANCISCA FARÍAS SIEL, VICTOR JOAQUÍN REBOLLEDO MUÑOZ, JOSÉ MIGUEL GONZÁLEZ DEL VALLE, JORGE MARIANO MILES ACUÑA, IVÁN GODOY, CONSTANZA NORAMBUENA, JOSÉ ORTEGA, JOAQUÍN CIFUENTES PEREA, CARLOS RIQUELME, ROBERTO ANDRÉS CANDIA BALBOA

Pontificia Universidad Católica de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-051

Introducción: Existe escasa evidencia latinoamericana sobre la evolución y los factores pronósticos de las neoplasias intraductales papilares mucinosas (IPMN).

Objetivos: Estimar la incidencia acumulada de adenocarcinoma pancreático o displasia e identificar factores pronósticos basales y dinámicos en una cohorte chilena.

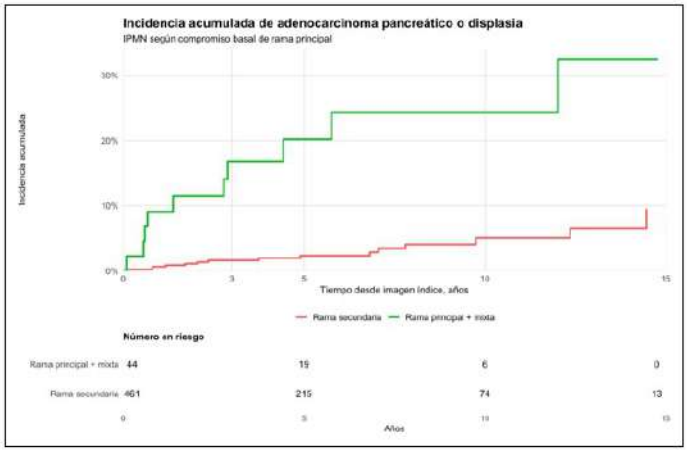
Métodos: Cohorte retrospectiva multicéntrica de 531 pacientes con IPMN y al menos dos estudios de imágenes, excluyendo cáncer diagnosticado dentro de los primeros seis meses y seguimiento menor a seis meses. El desenlace primario fue adenocarcinoma o displasia asociados a IPMN. La incidencia acumulada se estimó considerando muerte por otras causas y resección por worrisome features como eventos competitivos. Las asociaciones basales se evaluaron con modelos de Fine-Gray y los cambios imagenológicos durante la vigilancia con modelos de Cox causa-específico con covariables dependientes del tiempo.

Resultados: La mediana de seguimiento imagenológico fue de 36,1 meses y la clínica de 52,9 meses. El desenlace primario ocurrió en 26 pacientes (4,9%): 22 adenocarcinomas y 4 displasias. La incidencia acumulada fue 3,8% a cinco años y 6,5% a diez años, alcanzando 20,2% en IPMN de rama principal o mixto versus 2,3% en rama secundaria (p=1,0×107). Mayor tamaño quístico, dilatación del conducto pancreático principal, worrisome features, compromiso de rama principal/mixta y atrofia pancreática se asociaron con mayor riesgo. La aparición de nueva atrofia pancreática mostró la asociación dinámica más consistente, persistiendo tras un lag de seis meses (HR 10,68; IC95% 2,84-40,17); las demás exposiciones dinámicas estuvieron limitadas por el bajo número de eventos.

Conclusión: En esta primera cohorte chilena/latinoamericana de IPMN, la incidencia de adenocarcinoma o displasia fue progresiva en el tiempo y estuvo determinada por características imagenologicas de alto riesgo, que es concordante con la evidencia internacional y respaldan su aplicabilidad en nuestra población.

Palabras clave: Neoplasia Intraductal Papilar Mucinosa. Diagnóstico por Imagen. Factores de Riesgo.

Incidencia acumulada de adenocarcinoma pancreático o displasia según el compromiso basal de la rama principal.



Factor basal	Fine-Gray sHR (IC95%)	PS-ajustado sHR (IC95%)	Cox causa-específico HR (IC95%)
Tamaño quístico, por 10 mm	1.45 (1.19-1.76)	--	2.09 (1.60-2.75)
Quiste ≥30 mm	5.18 (2.28-11.80)	5.10 (2.07-12.56)	5.95 (2.55-13.85)
Wirsung dilatado	10.08 (4.48-22.64)	9.12 (4.02-20.69)	10.20 (4.72-22.07)
Wirsung >5 mm	14.70 (6.82-37.66)	13.06 (4.85-35.16)	18.12 (7.40-44.38)
Atrofia pancreática	5.23 (2.04-13.46)	4.71 (1.85-13.37)	6.07 (2.53-14.60)
Worrisome features	9.15 (4.12-20.32)	9.75 (4.35-21.85)	9.80 (4.35-21.20)
Rama principal o mixta	8.82 (3.05-15.23)	--	7.89 (3.45-17.15)

#112 ORAL ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

COLITIS MICROSCÓPICA EN CHILE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

RENATA FRANCISCA FARÍAS SIEL[1], DAYAN MARÍA CHACÓN MORAO[1], VÍCTOR JOAQUÍN REBOLLEDO MUÑOZ[1], MACARENA SHEJADE SIRHAN[1], GUILLERMO ANDRÉS PÉREZ PAREDES[1], CONSTANZA PÉREZ PEÑA[1], JORGE ALBERTO CORNEJO TRONCOSO[2], FLORENCIA ANDREA SAUTEREL MARTINAC[1], GONZALO TOMÁS LANDERRETCHE CORNEJO[1], JUAN IGNACIO FERNÁNDEZ CARLO[1], PAULA JAVIERA TORRES MONTES[1], MANUEL ÁLVAREZ LOBOS[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Universidad de La Serena

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-052

Introducción: La colitis microscópica (CM) es una causa poco reconocida de diarrea crónica no sanguinolenta, con colonoscopía frecuentemente normal y diagnóstico histológico. La evidencia chilena y latinoamericana es escasa. Este trabajo caracteriza el perfil demográfico, endoscópico y clínico de la CM en una red universitaria chilena, comparando colitis linfocítica (CL) y colagenosa (CC).

Objetivos: Describir las características clínicas, endoscópicas y demográficas de pacientes con CM y determinar factores asociados al subtipo histológico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico, Red de Salud UC-CHRISTUS (2018-2025), en pacientes de 18 años o más con diagnóstico histológico de CM. Se definió una subcohorte clínica anidada con seguimiento gastroenterológico. Se compararon variables mediante prueba t, U de Mann-Whitney y test exacto de Fisher, y regresión logística multivariable (CC versus CL como referencia), ajustada por edad, sexo, tabaquismo, autoinmunidad, IBP, AINE e ISRS.

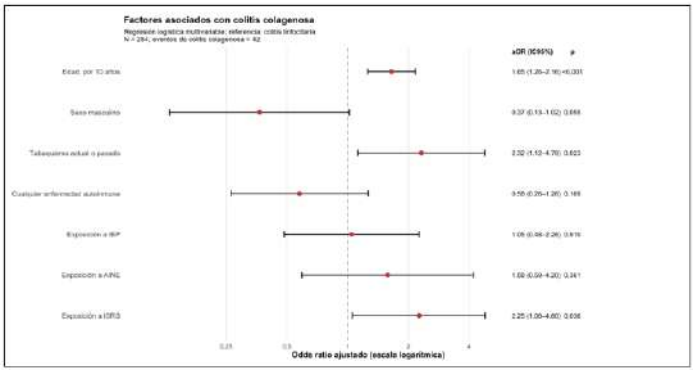
Resultados: Se incluyeron 818 pacientes (84,0% CL, 15,9% CC); edad media 53,2±17,0 años, 74,9% mujeres; colonoscopía normal en 51,1%. La CC se diagnosticó a mayor edad (64,4 versus 51,1 años; p<0,001) y con más predominio femenino (83,8% versus 73,2%; p=0,011), sin diferencias endoscópicas. En la subcohorte clínica (n=332), la CC mostró mayor frecuencia de deposiciones, más diarrea nocturna y menos dolor abdominal que la CL. En multivariable, mayor edad (aOR 1,65/década; IC95% 1,27-2,20), tabaquismo actual/pasado (aOR 2,32; IC95% 1,12-4,82) e ISRS (aOR 2,25; IC95% 1,04-4,78) se asociaron independientemente con CC. La respuesta

clínica fue completa en 74,1% de los evaluados.

Conclusión: En esta cohorte chilena de gran tamaño, la CL fue el subtipo predominante. La CC se asoció a mayor edad, predominio femenino, mayor frecuencia de deposiciones, diarrea nocturna, tabaquismo y exposición a ISRS, hallazgos consistentes con reportes internacionales que sugieren perfiles parcialmente distintos entre los subtipos de CM.

Palabras clave: Colitis Microscópica; Colitis Linfocítica; Colitis Colagenosa; Factores de Riesgo.

Asociaciones multivariables de colitis colagenosa versus colitis linfocitaria.



Variable	Global (N=817)	Linfocitaria (N=687)	Colagenosa (N=130)	p
Edad al diagnóstico, años	53,2 (17,0)	51,1 (16,9)	64,4 (13,0)	<0,001
Sexo				**0,011**
Femenino	612 (75%)	503 (73%)	109 (84%)	
Masculino	205 (25%)	184 (27%)	21 (16%)	
Previsión				
FONASA	204 (29%)	160 (27%)	44 (39%)	
ISAPRE	465 (66%)	403 (68%)	62 (55%)	
CAPREDENA/DIPRECA	34 (4,8%)	28 (4,7%)	6 (5,4%)	
Aspecto endoscópico global				**0,754**
Normal	368 (51%)	315 (51%)	53 (50%)	
Alterado	351 (49%)	297 (49%)	54 (50%)	

#113 ORAL ENDOSCOPÍA

MORTALIDAD EN PACIENTES CON GASTROSTOMIA POST ATAQUE CEREBROVASCULAR: ANÁLISIS DE SU DINÁMICA TEMPORAL

CAMILA DIEZ ZÚÑIGA[1], OLIVIA SANHUEZA NEIRA[2], CATALINA HIDALGO GONZÁLEZ[1], VICTORIA SALAZAR ARANEDA[1], CATALINA CABEZAS GODOY[1], CESAR SERRANO SOUSA[1], ASTRID HALEBY VILLANUEVA[1], LUIS ARNALDO MÉNDEZ ALCAMAN[3]

[1]Hospital Padre Hurtado; [2]INDOMA; [3]Hospital Padre Hurtado / CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-053

Introducción: La gastrostomía (GTT) se emplea como medida de soporte nutricional en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) y disfagia persistente; sin embargo, la supervivencia posterior y sus predictores no están plenamente caracterizados.

Objetivo: Estimar la supervivencia posterior a GTT e identificar factores asociados a mortalidad.

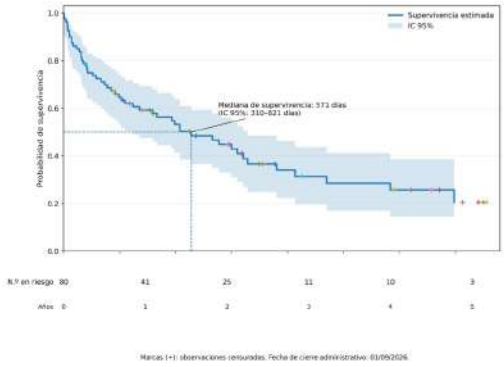
Métodos: Cohorte de 80 pacientes con ACV sometidos a GTT entre 2021–2026. La supervivencia se estimó mediante Kaplan-Meier. Edad, sexo y NIHSS se analizaron mediante regresión de Cox. Ante incumplimiento del supuesto de riesgos proporcionales para sexo, se incorporó un efecto dependiente del tiempo.

Resultados: Durante el seguimiento fallecieron 50/80 pacientes (62,5%). La mediana de supervivencia posterior a GTT fue 571 días (IC95%: 310–821), con supervivencia estimada de 90 % a 30 días, 78,8% a 90 días, 59,3% al año y 44,9% a 2 años. En 67 pacientes con NIHSS disponible, cada incremento de 10 años de edad se asoció independientemente con 53% mayor riesgo de muerte (HRa 1,53; IC95%: 1,12–2,09; p=0,007), mientras NIHSS no mostró asociación (HRa 1,00; p=0,883). El sexo presentó un efecto significativamente dependiente del tiempo (sexo×log[tiempo], p=0,013): las mujeres mostraron mayor riesgo precoz a 30 días (HR 2,63; IC95%: 1,51–4,56), el que disminuyó progresivamente hasta invertir su dirección alrededor de 148 días; a 2 años, el riesgo estimado fue menor en mujeres (HR 0,38; IC95%: 0,16–0,90).

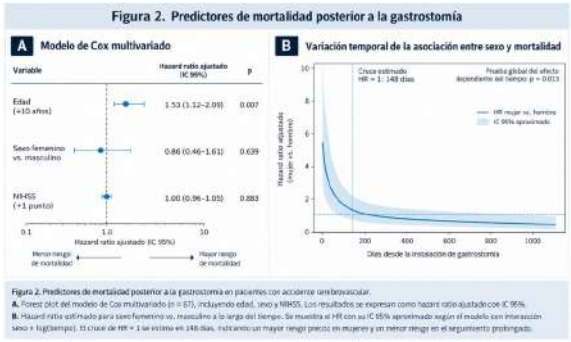
Conclusión: La mortalidad posterior a GTT fue elevada, con una mediana de supervivencia cercana a 19 meses. La edad constituyó el predictor independiente más consistente, aumentando 53% el riesgo por década. El sexo mostró un patrón temporal diferencial: mayor mortalidad femenina en la fase precoz y una inversión posterior entre quienes permanecieron en seguimiento. Estos hallazgos sugieren que el pronóstico posterior a GTT no es estático y apoyan una estratificación temporal del riesgo más allá de la gravedad neurológica basal.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Disfagia, Gastrostomía, Mortalidad.

Curva de Kaplan-Meier de supervivencia global desde la instalación de gastrostomía en pacientes con accidente cerebrovascular



Predictores de Mortalidad Posterior a Gastrostomia



#119 ORAL HEPATOLOGÍA

PATRONES DE FALLA ORGÁNICA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADA INGRESADOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

MIGUEL ALONSO BUSTAMANTE CARTAGENA[1], CONSTANZA OROZCO MUÑOZ[2], CARMEN ALEXANDRA GINESTA FRINGS[2], ANTONIA GUZMÁN DI GIAMMARINO[3], JULIETA RAFAELA DE LA CUADRA COPETTA[3]

[1]HOSPITAL PADRE HURTADO - UDD; [2]Clínica Alemana de Santiago - Hospital Padre Hurtado; [3]Universidad del Desarrollo

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-054

Introducción: La Falla Hepática Aguda sobre Crónica (ACLF) se caracteriza por el desarrollo de fallas orgánicas y elevada mortalidad a corto plazo. Sin embargo, pacientes con similar número de fallas pueden presentar diferentes órganos comprometidos. El objetivo fue caracterizar los patrones de falla orgánica según puntaje de CLIF-OF

y su relación con gravedad y mortalidad hospitalaria en enfermedad hepática crónica (DHC) descompensada en la UPC de nuestro hospital.

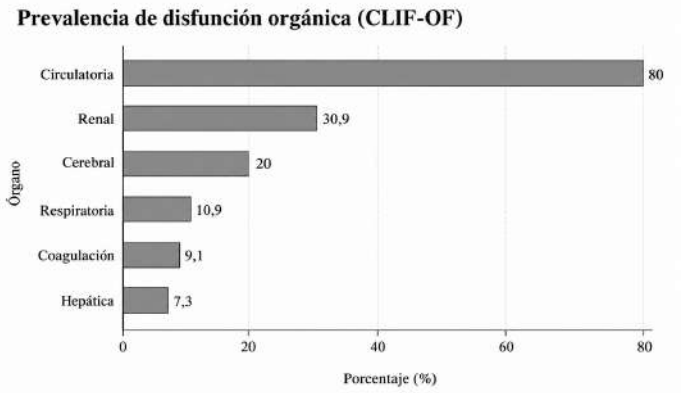
Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de episodios de hospitalización por DHC descompensada ingresados a una Unidad de Cuidados Intermedios de un hospital público chileno entre enero de 2025 y marzo de 2026. Se evaluaron los seis componentes del puntaje CLIF-OF, definiendo falla orgánica como puntuación de 3 en cada dominio. Se describió frecuencia y combinación de fallas, número de órganos comprometidos, MELD-Na, CLIF-C ACLF y mortalidad hospitalaria. Se excluyeron pacientes con datos incompletos.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes; 43 (74%) presentaron ACLF. La falla circulatoria fue la más frecuente (81%), seguida por renal (31%), cerebral (19%), respiratoria (10%), coagulación (9%) y hepática (7%). Los principales fenotipos se describen en la tabla 2. La mortalidad hospitalaria fue 15% (3/20) en falla circulatoria aislada, 50% (5/10) en renal-circulatoria y 50% (3/6) en cerebral-circulatoria.

Según el número de fallas, la mortalidad fue 20% con una falla, 52% con dos y 83% con 3 fallas. Las medianas de MELD-Na aumentaron de 15 a 24 y 30,5, y las de CLIF-C ACLF de 49 a 57 y 64.

Conclusiones: En nuestra cohorte, en pacientes con DHC descompensada, la falla circulatoria fue el patrón predominante. La coexistencia de falla renal o cerebral caracterizó fenotipos con mayor mortalidad hospitalaria que la falla circulatoria aislada. Un mayor número de fallas se acompañó de mayor gravedad según MELD-Na y CLIF-C ACLF y de un incremento de la mortalidad. La caracterización de los órganos comprometidos podría aportar información complementaria pronóstica al grado global de ACLF.

Palabras clave: Cirrosis - Cuidados Críticos - Mortalidad - ACLF



	N	Muertes / total	Mortalidad hospitalaria
Fenotipos de falla orgánica más frecuentes			
Circulatoria aislada	20	3/20	15,0%
Renal + circulatoria	10	5/10	50,0%
Cerebral + circulatoria	6	3/6	50,0%
Renal + cerebral + circulatoria	3	3/3	100%
Coagulación + circulatoria	3	2/3	66,7%
Según número de fallas orgánicas			
1 falla	25	5/25	20,0%
2 fallas	23	12/23	52,2%
3 fallas	6	5/6	83,3%

Tabla 2. Fenotipos de disfunción orgánica y mortalidad

CLIF-OF: evalúa seis dominios con 1–3 puntos por órgano: hepático (bilirrubina <6 / 6–<12 / 12 mg/dL), renal (creatinina <2 / 2–<3,5 / 3,5 mg/dL o terapia de reemplazo renal), cerebral (encefalopatía West-Haven 0 / I–II / III–IV), coagulación (INR <2 / 2–<2,5 / 2,5), circulatorio (PAM 70 mmHg / PAM <70 mmHg / uso de vasopresores) y respiratorio (PaO?/FiO? >300 / >200–300 / 200; alternativamente SpO?/FiO? >357 / >214–357 / 214). Se definió falla orgánica como subpuntaje = 3. El puntaje total varía entre 6 y 18 puntos.[2] MELD-Na calculado según la fórmula validada por Kim et al.[1]

Referencias:

1.Kim WR,, et al. Hyponatremia and mortality among patients on the liver-transplant waiting list. N Engl J Med.

2008;359(10):1018-1026. doi:10.1056/NEJMoa0801209.

2.Jalan R, et al. Development and validation of a prognostic score to predict mortality in patients with acute-on-chronic liver failure. J Hepatol. 2014;61(5):1038-1047. doi:10.1016/j.jhep.2014.06.012.

#120 ORAL HEPATOLOGÍA

RECURRENCIA DE HEPATITIS C TRAS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA: REINFECCIÓN Y RECAÍDA EN HOSPITAL TERCIARIO CHILENO.

THERIUS GELIN[1], JENIRE CAROLIN CHACÓN ROMERO[2]

[1]HOSPITAL SAN BORJA/UNIVERSIDAD DE CHILE; [2]HOSPITAL SAN BORJA

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-055

Introducción: La recurrencia de viremia por virus hepatitis C (VHC) tras antivirales de acción directa (AAD) requiere diferenciar recaída de reinfección, distinción relevante para el retratamiento y las medidas preventivas.

Objetivos: Caracterizar los episodios de recurrencia de ARN-VHC después del tratamiento con AAD y clasificarlos según elementos clínicos, epidemiológicos y virológicos.

Método: LOGÍA: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes tratados por VHC que presentaron posteriormente ARN-VHC detectable en un hospital público de Santiago. Se analizaron coinfección por VIH, exposiciones, tratamiento antiviral, negativización postratamiento, carga viral, genotipo y retratamiento. Los episodios se clasificaron como reinfección, recaída terapéutica o indeterminados según evolución virológica y antecedentes de nueva exposición.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes, todos tratados inicialmente con sofosbuvir/velpatasvir; 5/7 presentaban coinfección por VIH. Dos episodios se clasificaron como reinfección, uno como indeterminado y cuatro como recaída. En los casos considerados reinfección existió ARN-VHC no detectable postratamiento seguido de nueva viremia y elementos epidemiológicos compatibles con nueva exposición. La ausencia de RVS documentada, recurrencia precoz y/o ausencia de nuevas exposiciones apoyaron la clasificación como recaída. Un paciente presentó cirrosis, hepatocarcinoma y genotipo 3a. Los casos de recaída/falla fueron manejados con prolongación de sofosbuvir/velpatasvir o sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir según contexto clínico.

Conclusión: La recurrencia de ARN-VHC después de AAD no equivale necesariamente a reinfección. La documentación sistemática de RVS, nuevas exposiciones y genotipo pre y postratamiento es fundamental para diferenciar reinfección de recaída y orientar el manejo.

Palabras clave: Hepatitis C; Antivirales de Acción Directa; Reinfección; Recaída.

Tabla 1. Características clínicas, virológicas y evolución de pacientes con recurrencia de ARN-VHC

Caso	VIH	Tratamiento inicial	RVS/TND documentada	ARN-VHC en recurrencia	Genotipo	Nueva exposición	Clasificación	Retratamiento
1	Sí	SOF/VEL 12 sem	Sí	3.960.000 UI/mL	ND	Sí, sexual/pareja VHC	Reinfección probable	SOF/VEL
2	No	SOF/VEL 12 sem	No documentada	Detectable	1a	Sí, sexual	Indeterminado	SOF/VEL

3	Sí	SOF/VEL 12 sem	Sí	27.400 UI/mL	1a	Posible, sexual	Reinfección probable	SOF/VEL 24 sem
4	Sí	SOF/VEL 12 sem	No documentada	31.900.000 UI/mL	ND	No reconocida	Recaída/falla probable	SOF/VEL/VOX
5	No	SOF/VEL 12 sem	Recaída inicial; TND posterior a retratamiento	>10? UI/mL	3a	No documentada	Recaída/falla probable	SOF/VEL/VOX
6	Sí	SOF/VEL 12 sem	No documentada	4.520.000 UI/mL	1a	No reconocida; pareja VHC+	Recaída/falla probable	SOF/VEL/VOX
7	Sí	SOF/VEL 12 sem	No documentada	55.200.000 UI/mL	ND	Pareja VHC+	Recaída/falla probable	SOF/VEL/VOX
	asifica a exposturas: ctable;	ción basada en sición. VHC, virus hepa SOF/VEL, sofos	evolución virológica, titis C; VIH, virus de i buvir/velpatasvir; SO	ocumentación d nmunodeficienci F/VEL/VOX, sof	e negativiza a humana; osbuvir/velp	ción postratamient RVS, respuesta viro atasvir/voxil aprevir	o y antecedentes e lógica sostenida; T ; ND, no document	

Nota: clasifica ción basada en evolución virológica, documentación d e negativiza ción postratamient o y antecedentes e pidemiológicos de nueva exposición.

Abreviaturas: VHC, virus hepa titis C; VIH, virus de i nmunodeficienci a humana; RVS, respuesta viro lógica sostenida; T ND, ARN-VHC no detectable; SOF/VEL, sofosbuvir/velpatasvir; SOF/VEL/VOX, sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir; ND, no documentado.

#121 ORAL ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

FACTORES TEMPRANOS ASOCIADOS A FALLA A CORTICOIDES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR CRISIS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

FRANCISCA GRANDÓN ROMERO[1], IGNACIA SEPÚLVEDA RODRIGUEZ[1], VALERIA GRANZOTTO DEL POZZO[2], ALEJANDRO NAVARRETE SILVA[1], MIKEL IRISARRI ALDUNATE[1], JOSÉ MIGUEL ORTEGA FUENZALIDA[1], FLORENCIA IGNACIA FUENTEALBA NEGRÓN[2], CONSTANZA NORAMBUENA ORELLANA[3], IVÁN ARTURO GODOY COFRÉ[4], IVANIA CATALINA VALDÉS ARAYA[1], ERICK MARCELO RIQUELME SÁNCHEZ[1], CAROLINA PAVEZ OVALLE[1], TAMARA PÉREZ JELDRES[1], JAVIER CHAHUAN ABDE[1], MANUEL ÁLVAREZ LOBOS[1], CRISTIAN HERNÁNDEZ ROCHA[1]

[1]Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; [3]Hospital El Carmen; [4]Hospital de Iquique HETG

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-056

Introducción: La falla a corticoides endovenosos (CEV) en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) hospitalizada requiere terapia biológica de rescate o cirugía. Anticiparla podría facilitar la estratificación de riesgo al ingreso. La evidencia deriva sobre todo de colitis ulcerosa (CU) aguda grave y es escasa en cohortes mixtas con enfermedad de Crohn (EC).

Objetivos: Identificar factores clínicos, bioquímicos y un biomarcador plasmático emergente (oncostatina M, OSM) al ingreso asociados a falla a CEV en pacientes hospitalizados por crisis de EII.

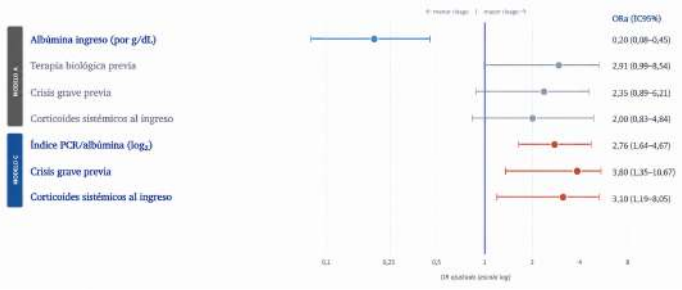
Métodos: Cohorte ambispectiva multicéntrica de adultos con CU o EC tratados con CEV 48 h. Desenlace (falla a corticoides EV): uso de infliximab, cirugía o ambos. Se usaron modelos logísticos preespecificados y análisis de sensibilidad con una definición más estricta de corticorrefractariedad (refractariedad documentada). La validación interna de exactitud del modelo (AUC corregido) fue realizada por bootstrap. En pacientes reclutados prospectivamente (n=40) se tomó muestra de sangre al ingreso para medición de OSM por ELISA.

Resultados: Se incluyeron 169 pacientes (CU 119; EC 50); 86 (50,9%) cumplieron el desenlace. La albúmina al ingreso se asoció inversamente con falla (ORa 0,2 por g/dL; IC95% 0,08–0,4). En el modelo clínico/bioquímico se asociaron independientemente el índice PCR/albúmina (ORa 2,7 por log2[1+x]; IC95% 1,6–4,6), el antecedente de crisis grave (ORa 3,8; IC95% 1,3–10,6) y el uso de corticoides sistémicos previo al ingreso (ORa 3,1; IC95% 1,1–8); con un AUC de 0,79 (corregido 0,74; IC95% 0,68–0,82). La OSM plasmática no se asoció con falla ni mejoró la predicción. Con una definición más estricta, la falla disminuyó a 35,8%; las asociaciones más robustas fueron las de albúmina e índice PCR/albúmina. Los no respondedores tuvieron mayor rehospitalización a 90 días (14,1% vs 1,4%; p=0,004).

Conclusión: Albúmina baja e índice PCR/albúmina elevado al ingreso fueron los hallazgos asociados a falla a CEV. Nuestros hallazgos apoyan la estratificación temprana a través de marcadores serológicos fácilmente disponibles (PCR y albúmina), pero requieren adjudicación del desenlace y validación externa.

Palabras clave: Enfermedades Inflamatorias Intestinales; Glucocorticoides; Factores de Riesgo.

Modelos ajustados: Variables asociadas independientemente con falla



Variable	Respondedor	No respondedor
Edad, años; media (DE)	39.0 (15.6)	41.7 (14.8)
Sexo femenino	46/83 (55.4%)	56/86 (65.1%)
Colitis ulcerosa	58/83 (69.9%)	61/86 (70.9%)
Crisis grave previa	20/83 (24.1%)	39/86 (45.3%)
Terapia biológica previa	16/83 (19.3%)	26/85 (30.6%)
Corticoides sistémicos al ingreso	22/53 (41.5%)	32/65 (49.2%)
PCR al ingreso, mg/dL	3.55 [0.62–8.83]	6.96 [2.39–11.56]
Albúmina al ingreso, g/dL	3.90 [3.52–4.20]	3.60 [3.12–3.90]
Índice PCR/albúmina	0.84 [0.15–2.27]	2.06 [0.70–3.96]
Deposiciones al día 3	3.00 [2.00–3.00]	6.00 [4.00–9.00]

#122 ORAL ENDOSCOPÍA

EXTRACCIÓN AUTOMATIZADA DE INDICADORES DE CALIDAD EN

ALEJANDRO PEDRAZA MAYORGA, CRISTIAN ALEXIS OLIVARES PEÑA, RODRIGO IRARRÁZAVAL DEL CAMPO

Gastroenterología, Clínica Dávila. Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-057

Introducción: Los indicadores de calidad en colonoscopía (ADR, intubación cecal, preparación intestinal) suelen auditarse manualmente, lo que limita su monitoreo sistemático en centros sin reporte estructurado nativo, como los de habla hispana. El procesamiento de lenguaje natural (PLN) permite extraerlos directamente de informes en PDF no estructurados.

Objetivo: Implementar y evaluar un sistema de extracción automatizada basado en PLN en reglas que convierte informes de colonoscopía en PDF en métricas de calidad auditables.

Métodos: Estudio de implementación unicéntrico de informes de colonoscopía e histopatología de 2024 en un centro terciario de Chile. el sistema Janus realizó extracción estructurada de datos y vinculación automatizada colonoscopía-histología mediante identificador seudonimizado y ventana de ±7 días. Colonoscopías elegibles: intubación cecal documentada, edad 45 años, sin hemorragia digestiva baja, enfermedad inflamatoria intestinal ni cáncer colorrectal conocido. Validación manual adjudicada de 200 colonoscopías estratificadas.

Resultados: El sistema Janus procesó 4.367 colonoscopías de 4.273 pacientes realizadas por 11 endoscopistas con 50 procedimientos/año. Se detectaron pólipos en 1.487 procedimientos

(34,1%). Intubación cecal documentada en 94,3% de los informes, lograda en 97,4% de los casos documentados. Preparación intestinal documentada en 58,2% de los informes, interpretable como adecuada en 93,5% . Vinculación con histología en 92,7% de colonoscopías con pólipos (96,5% con histología esperada). Entre 2.804 colonoscopías elegibles: detección de pólipos 40,6%, ADR 27,9%, ADR avanzada 8,6%, lesiones serradas 0,5%. Se identificó variabilidad interoperador en todos los indicadores.

Conclusiones: JANUS-0 transformó documentación clínica no estructurada en benchmarking automatizado de calidad, con vinculación histológica de alto rendimiento y métricas por endoscopista. En centros sin reporte estructurado nativo, este enfoque hace factible el monitoreo sistemático mientras avanza la validación adjudicada formal.

Palabras clave: Endoscopía Gastrointestinal, Colonoscopía, Mejoramiento de la Calidad.

E-pósters

E-posters

#1 E-PÓSTER

CARGA HOSPITALARIA Y DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LAS

CAROLINA FIGUEROA CORONA[1], JAIME LUBASCHER CORREA[1], CONSTANZA LOPEZ VILA[2], JOSE LUIS CONTRERAS BIEKERT[3], FERNANDO FLUXA GARCIA[1], RENE VARGAS TANK[2], CAMILA ESTAY HERNANDEZ[4], PAULINA TOLEDO ARANCIBIA[4], PABLO MUÑOZ DIMITROV[4]

[1]CLINICA MEDS; [2]CLINICA MEDS-HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS; [3]CONSULTOR; [4]CLINICA MEDS-HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-058

Introducción: Las enfermedades digestivas agrupan condiciones heterogéneas en frecuencia y complejidad. Los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) integran volumen, estadía, severidad, riesgo de mortalidad y peso relativo, pero existe escasa evidencia nacional sobre su carga hospitalaria y distribución territorial.

Objetivo: Caracterizar la carga hospitalaria, la heterogeneidad entre subgrupos y su distribución territorial en la red pública chilena, 2019-2024.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con Datos Abiertos GRD de FONASA (65 hospitales públicos). Los egresos se clasificaron en no oncológicos y oncológicos. Se analizaron edad, sexo, estadía, peso GRD, severidad y riesgo de mortalidad IR-GRD. Las medianas anuales del peso se compararon con Mann-Whitney, corrección de Benjamini-Hochberg y delta de Cliff; la composición anual, con χ^2 y V de Cramér. Los Servicios de Salud se agruparon por región, comparando su participación en egresos y peso GRD.

Resultados: Se identificaron 876.946 egresos; 875.733 fueron categorizables (91,7% no oncológicos y 8,3% oncológicos). Edad promedio 48,7 años, 52,9% mujeres, estadía mediana 3 días y peso GRD global 0,82. La patología biliar concentró 33,8% de los egresos no oncológicos. La hepática, con 5,1% del volumen, presentó el mayor peso GRD mediano (1,17), 7 días de estadía y las mayores proporciones de severidad (86,2%) y riesgo de mortalidad (83,8%) niveles 2-3; los cánceres hepatobiliares y pancreático mostraron igual patrón. La composición no oncológica varió entre años [^{2}(40)=7.817,6; p<0,001], con efecto pequeño (V=0,044). En 875.397 egresos territorialmente asignables, la Región Metropolitana concentró 31,8% de los casos y 32,5% del peso GRD; esta diferencia aumentó en patología hepática (35,4% y 38,2%) y cáncer hepático/intrahepático (33,4% y 36,6%).

Conclusión: Las patologías frecuentes concentran volumen, mientras la hepática y los cánceres digestivos presentan mayor complejidad y uso de recursos. La carga de los grupos más complejos también muestra concentración territorial, dimensión relevante para la planificación sanitaria.

Palabras clave: Enfermedades del Sistema Digestivo; Grupos Relacionados con el Diagnóstico; Carga Hospitalaria; Distribución Territorial

Relación entre volumen hospitalario y peso relativo GRD mediano según subgrupo digestivo. Chile, 2019–2024.



Proporción de egresos con severidad y riesgo de mortalidad GRD en niveles 2–3 según subgrupo digestivo. Chile, 2019–2024.



#4 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

PLASMA RICO EN PLAQUETAS ACTIVADO COMO ADYUVANTE A LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA EN ESTENOSIS ESOFÁGICAS BENIGNAS

JOSE DAVID GUZMAN GUZMAN, NEREIDA LISBETH DUARTE ROPERO

CIGED - CENTRO DE INVESTIGACION DE GASTROENTE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-059

Introducción: Las estenosis esofágicas benignas pueden recurrir tras la dilatación endoscópica por inflamación y remodelación fibrótica, condicionando nuevas sesiones. El plasma rico en plaquetas (PRP) aporta mediadores de reparación tisular y podría modular la cicatrización esofágica.

Objetivos: Describir factibilidad técnica, eventos adversos y evolución clínica y endoscópica tras dilatación con Savary-Gilliard sobre guía Savary e infiltración submucosa de PRP autólogo activado con gluconato de calcio al 10%.

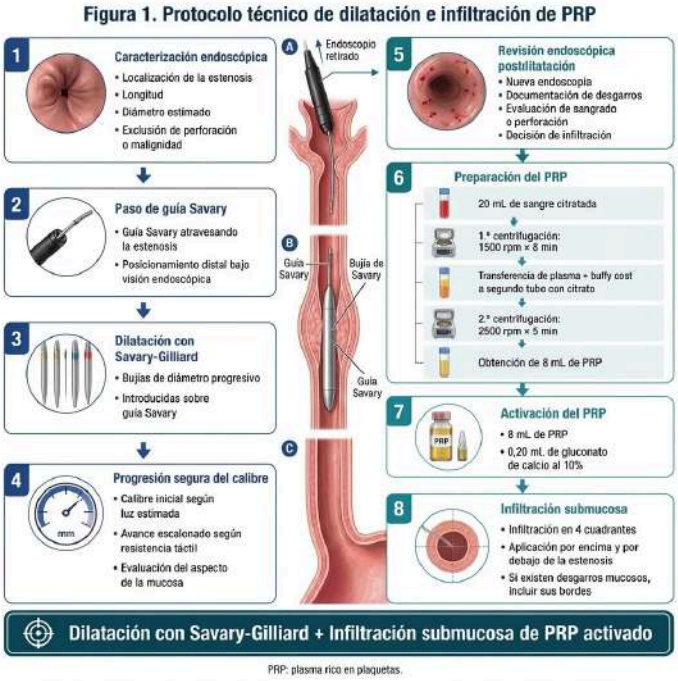
Métodos: Estudio observacional retrospectivo, descriptivo y unicéntrico de cinco adultos con estenosis benignas: tres pépticas, una cáustica y una postquirúrgica por ascenso gástrico secundario a estenosis cáustica. La dilatación se realizó con Savary-Gilliard sobre guía Savary. El PRP se obtuvo de 20 mL de sangre citratada mediante doble centrifugación (1500 rpm/8 min y 2500 rpm/5 min); se recuperaron 8 mL, activados con 0,20 mL de gluconato de calcio al 10% e infiltrados submucosamente en cuatro cuadrantes post dialtacion. Se evaluaron disfagia (Mellow-Pinkas), número de dilataciones, cicatrización endoscópica a 8 semanas despues de la última sesión, recurrencia y eventos adversos mediante análisis descriptivo.

Resultados: Tres mujeres y dos hombres; edad media 43 años (22–63). El diámetro inicial fue 8–10 mm en cuatro pacientes y 2 mm en uno. La mediana de disfagia disminuyó de 3 (2–4) a 0; todos alcanzaron Mellow-Pinkas 0. Tres pacientes requirieron dos sesiones, uno tres y el caso de 2 mm, ocho. A las 8 semanas hubo cicatrización mucosa adecuada en 5/5 y no se observaron perforación, sangrado significativo ni otros eventos adversos relacionados. El seguimiento mediano fue 70 semanas (35–144); dos pacientes presentaron recurrencia tardía de disfagia a las 70 y 72 semanas.

Conclusión: La dilatación con Savary-Gilliard sobre guía Savary seguida de PRP activado fue factible y no presentó eventos adversos relacionados. La mejoría clínica, la cicatrización endoscópica y las recurrencias tardías respaldan estudios prospectivos controlados para determinar eficacia.

Palabras clave: Estenosis Esofágica; Endoscopía Gastrointestinal; Plasma Rico en Plaquetas; Trastornos de Deglución.

Figura 1: Protocolo de dilatación e infiltración de plasma rico en plaquetas (PRP)



Firuga 2: Características de las estenosis esofágicas y evolución clínica y endoscópica



#5 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y SEGURIDAD DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN SOSPECHA DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO

LUIS ALFREDO VELEZ VIZCAINO[1], MARIA DE LOS ANGELES JARA FLOREZ[2], MOISES AARON OROPEZA HERNANDEZ[1], MIGUEL BONILLA FIGUEREDO[1], RODRIGO IRARRAZAVAL DEL CAMPO[3]

[1]BECADO GASTROENTEROLOGIA / UNIVERSIDAD DE LOS ANDES; [2]BECADA MEDICINA INTERNA /UNIVERSIDAD DE LOS ANDES; [3]GASTROENTEROLOGO CLINICA DAVILA RECOLETA

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-060

Introducción: La videocápsula es el examen de elección cuando se sospecha que el sangrado viene del intestino delgado. Hay poca información publicada en Chile.

Objetivos: Describir el rendimiento diagnóstico y la seguridad del examen según edad, sexo e indicación.

Métodos: Estudio retrospectivo en adultos, Clínica Dávila, agosto 2017 a diciembre 2025. La unidad de análisis fue el estudio. La base no consigna la endoscopía alta ni la colonoscopía previas. Los hallazgos se clasificaron según Saurin en cualquier segmento, no solo el delgado. Las lesiones se describieron según su aspecto endoscópico detallado en el informe. Un solo lector reclasificó 22 casos dudosos con reglas explícitas. Rendimiento diagnóstico: proporción con al menos una lesión P2, de alto potencial hemorrágico. Hallazgo positivo: P1 o P2. Chi cuadrado e IC95 de Wilson. Aprobado por el Comité Ético Científico.

Resultados: 359 estudios en 346 pacientes. Edad media 63,2 años (DE 16,4); 188 (52,4%) en mujeres. Dos quedaron fuera por informe ausente o ilegible; en 357 el rendimiento fue 43,4% (155; IC95 38,4 a 48,6) y el 66,7% tuvo hallazgo positivo. Entre los 155 hubo lesión vascular en 96 (61,9%), úlcera en 55 (35,5%), ambas en 17; en 16 solo sangre sin lesión visible. El rendimiento aumentó con la edad: 31,2%, 48,1% y 53,1% en menores de 60, de 60 a 74 y de 75 o más (p=0,002), sin diferencias significativas por sexo (p=0,72) ni por indicación (p=0,67, cinco categorías). Ningún informe describe una cápsula retenida en el intestino delgado; en un examen la cápsula se detuvo en una anastomosis quirúrgica. La instalación fue endoscópica en 35 de 354 (9,9%). Trece estudios fueron repeticiones en 10 pacientes: dos por fracaso técnico y once por sangrado persistente.

Conclusión: La videocápsula mostró una lesión con potencial hemorrágico en el 43,4% de los estudios, con predominio vascular y mayor rendimiento sobre los 60 años. Ningún informe describe una cápsula retenida, aunque sin seguimiento no se puede estimar su frecuencia.

Palabras clave: Hemorragia Gastrointestinal, Endoscopía Capsular, Angiodisplasia, Estudios Retrospectivos.

Tabla 1

Tabla 1. Rendimiento diagnóstico según indicación, edad y sexo

Grupo	n	Lesión P2	% (IC95)	Hallazgo positivo
Hemorragia oculta	194	87	44,8 (38,0 a 51,9)	133 (68,6)
Hemorragia evidente	84	36	42,9 (32,8 a 53,5)	60 (71,4)
Hemorragia digestiva alta	11	5	45,5 (21,3 a 72,0)	6 (54,5)
Anemia	33	12	36,4 (22,2 a 53,4)	17 (51,5)
Hemorragia sin especificar	19	11	57,9 (36,3 a 76,9)	14 (73,7)
No consignada u otra	16	4	25,0 (10,2 a 49,5)	8 (50,0)
Menores de 60 años	128	40	31,2 (23,9 a 39,7)	
De 60 a 74 años	131	63	48,1 (39,7 a 56,6)	
De 75 años o más	98	52	53,1 (43,3 a 62,6)	
Hombres	170	76	44,7 (37,4 a 52,2)	
Mujeres	187	79	42,2 (35,4 a 49,4)	
Total	357	155	43,4 (38,4 a 48,6)	238 (66,7)

Indicación, edad y sexo son tres cortes del mismo total de 357 estudios interpretables. La indicación es la consignada en la solicitud. Indicación p=0,67 entre las cinco categorías clínicas y p=0,46 si se incluye el grupo sin indicación consignada; edad p=0,002; sexo p=0,72.

Tabla 2

Tabla 2. Seguridad del procedimiento

Evento	n	N	% (IC95)
Cápsula retenida en el intestino delgado	0	359	no evaluable
Detención de la cápsula en anastomosis quirúrgica	1	359	0,3 (0,0 a 1,6)
Instalación endoscópica de la cápsula	35	354	9,9 (7,2 a 13,4)

La frecuencia de retención no es estimable porque la base no registra el resultado del seguimiento; la primera fila cuenta solo las retenciones consignadas. Los dos estudios sin informe legible se mantienen en el denominador porque el procedimiento sí se realizó. La cápsula se detuvo en una anastomosis quirúrgica y en el informe ese nivel se estima en yeyuno según la anatomía de la paciente, sin confirmación radiológica. La instalación endoscópica se calculó sobre los 354 estudios con el dato registrado.

#6 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES DETECTADAS POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN SOSPECHA DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO

LUIS ALFREDO VELEZ VIZCAINO[1], MARIA DE LOS ANGELES JARA FLOREZ[2], MOISES AARON OROPEZA HERNANDEZ[1], MIGUEL BONILLA FIGUEREDO[1], RODRIGO IRARRAZAVAL DEL CAMPO[3]

[1]BECADO GASTROENTEROLOGIA / UNIVERSIDAD DE LOS ANDES; [2]BECADA MEDICINA INTERNA /UNIVERSIDAD DE LOS ANDES; [3]GASTROENTEROLOGO CLINICA DAVILA RECOLETA

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-061

Introducción: La videocápsula se solicita para estudiar el intestino delgado, pero recorre también el resto del tubo digestivo, y parte de sus hallazgos queda al alcance de la endoscopía convencional.

Objetivos: Determinar en qué segmentos se ubicaron las lesiones con potencial hemorrágico y en cuántos estudios alguna quedó al alcance de la endoscopía convencional.

Métodos: Estudio retrospectivo. De 115 exámenes de Clínica Dávila entre abril 2024 y diciembre 2025 se incluyeron los 113 con informe, parte de una serie presentada en otro trabajo. Se registraron los segmentos con lesión de potencial hemorrágico: lesión vascular, úlcera, lesión de aspecto tumoral o subepitelial, várice, Dieulafoy o sangrado activo o reciente. Las lesiones se describieron según su aspecto endoscópico detallado en el informe. No se contaron pólipos, erosiones, petequias, cicatrices ni adenopatías. El duodeno se separó en bulbo y segunda porción, que alcanza la endoscopía alta, y tercera y cuarta; los que no precisan la porción quedaron en el primero. La clasificación la hizo un solo lector. La base no consigna los informes de la endoscopía alta ni de la colonoscopía previas. IC95 de Wilson. Aprobado por el Comité Ético Científico.

Resultados: 113 estudios en 110 pacientes. Edad media 64,8 años (DE 16,1); 55 (48,7%) en mujeres. El examen se informó completo en 100 (88,5%). Hubo al menos una lesión en 54 estudios de 54 pacientes (47,8%; IC95 38,8 a 56,9). Los segmentos más comprometidos fueron yeyuno 26 (48,1%), duodeno 17 (31,5%), íleon 14 (25,9%) y colon 10 (18,5%). En 29 (53,7%; IC95 40,6 a 66,3) todas las lesiones quedaron fuera del alcance de la endoscopía convencional y en 25 (46,3%; IC95 33,7 a 59,4) había al menos una accesible.

Conclusión: En casi la mitad de los estudios con lesión hubo al menos una en un segmento que alcanza la endoscopía convencional. Revisar los informes endoscópicos previos, que este diseño no incluye, permitiría saber cuántas de esas lesiones ya estaban descritas antes de la cápsula.

Palabras clave: Hemorragia Gastrointestinal, Endoscopía Capsular, Intestino Delgado, Estudios Retrospectivos.

Tabla 1

Tabla 1. Segmentos comprometidos en los 54 estudios con lesión de potencial hemorrágico

Segmento	n	% (IC95)
Yeyuno	26	48,1 (35,4 a 61,1)
Íleon	14	25,9 (16,1 a 38,9)
Duodeno, tercera o cuarta porción	12	22,2 (13,2 a 34,9)
Colon	10	18,5 (10,4 a 30,8)
Duodeno, bulbo o segunda porción, o porción no precisada	7	13,0 (6,4 a 24,4)
Estómago	4	7,4 (2,9 a 17,6)
Válvula ileocecal	4	7,4 (2,9 a 17,6)
Esófago	no evaluado	no evaluado

Registro no excluyente: un estudio con lesiones en más de un segmento aporta a cada uno, por lo que la suma supera 54 y los porcentajes superan 100. El duodeno considerado como un solo segmento aporta 17 estudios (31,5%) y no 19, porque dos tienen lesión en los dos tramos. La cápsula recorre el esófago en segundos y no está validada para ese segmento, por lo que no se informó.

Tabla 2

Tabla 2. Distribución de los 54 estudios según el alcance de la endoscopía convencional

Grupo	n	% (IC95)
Todas las lesiones fuera del alcance de la endoscopía convencional	29	53,7 (40,6 a 66,3)
Todas las lesiones dentro del alcance	16	29,6 (19,1 a 42,8)
Lesiones en ambos territorios	9	16,7 (9,0 a 28,7)

Fuera del alcance: duodeno de tercera o cuarta porción, yeyuno e íleon. En los pacientes con anatomía alterada la accesibilidad se juzgó por el segmento anatómico y no por el alcance real del endoscopio. Dentro del alcance: colon (10), bulbo o segunda porción duodenal (7), estómago (4) y válvula ileocecal (4); los dos últimos grupos de la tabla suman esos 25 estudios y ningún estudio tuvo lesión accesible en más de uno de esos segmentos. Seis estudios describen la lesión ileal como prevalvular o contigua a la válvula. Una ileoscopía recorre solo el íleon terminal y el informe de la cápsula no permite estimar a qué distancia de la válvula está la lesión, por lo que se contaron fuera del alcance; si los incluimos, el grupo accesible sube a 31 (57,4%). En seis de esos 25 el hallazgo accesible fue sangre en el colon sin foco identificado en el informe, y en cinco de ellos la cápsula no describió lesión en el intestino delgado. El origen no queda establecido; si esa sangre no se cuenta como lesión, cinco de los seis estudios salen de la serie y el sexto queda con lesiones vasculares en yeyuno, fuera del alcance: 19 estudios accesibles de 49 (38,8%).

#9 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

EVALUACIÓN DE PÉRDIDA OPERACIONAL Y SUSPENSIÓN DE ENDOSCOPÍA DIGESTIVA ALTA SEGÚN RÉGIMEN ASISTENCIAL EN HOSPITAL PÚBLICO

FRANCISCO SEBASTIAN VIGUERAS GONZÁLEZ[1], ANTONIA IGNACIA ALVIAL ABARZÚA[1], MILENNE GERLETT CABRERA AVELLO[1], MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ[1], VALENTINA IGNACIA HEIN RODRÍGUEZ[1], SOFÍA CAROLINA OCHIPINTI VEGA[1], JUAN PABLO AQUEVEQUE ALIQUINTUY[1], CAROLINA ANDREA DELGADO CHÁVEZ[2]

[1]Universidad Católica de la Santísima Concepción; [2]Hospital Las Higueras

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-062

Introducción: El cáncer gástrico lidera la mortalidad oncológica en Chile, haciendo crucial el diagnóstico oportuno mediante endoscopía digestiva alta (EDA). Para asegurar esta prestación garantizada por ley, es indispensable evaluar la eficiencia operacional de los hospitales públicos. La Unidad de Endoscopía del Hospital Las Higueras (UEHLH) concentra esta actividad para una población de alto riesgo, suspensiones reducen capacidad asistencial y retrasa detección precoz.

Objetivos: Describir y comparar la tasa de pérdida operacional y suspensión de EDA según régimen asistencial (ambulatorio,

hospitalizado y urgencia) en UEHLH durante 2025.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal basado en normativa y registros institucionales anonimizados de 2025 (solicitud de transparencia AO092T0001449). Se analizaron 1.979 procedimientos agendados, categorizando anulaciones, suspensiones e inasistencias por régimen de atención mediante estadística descriptiva.

Resultados: Total 1.979 EDA agendadas, pérdida operacional global fue del 11,72% (n=232 no concretados). Por régimen, ambulatorio registró la mayor pérdida con 17,49% (209/1.195; 176 anulaciones), cifra significativamente superior a la de hospitalizados (3,18%; 15/471) y urgencias (2,56%; 8/313).

Conclusión: Se evidenció que el régimen ambulatorio presenta la mayor pérdida operacional, ocasionada principalmente por anulaciones del usuario. La falta de detalle en los registros administrativos sobre estos motivos constituye la principal limitación ante un reporte epidemiológico mediante solicitud de transparencia, planteando la necesidad de realizar revisión de ficha clínica para perfilar las causas de suspensión en cada régimen de atención y mantener las suspensiones en rangos adecuados para una calidad endoscópica.

Palabras clave: Neoplasias Gástricas; Endoscopía Gastrointestinal; Hospitales Públicos; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud.

#10 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA FUERZA MUSCULAR, INFLAMACIÓN INTESTINAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

DIEGO IGNACIO CERNA MARTÍNEZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA VALPARAÍSO / SANTIAGO WA
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-063

Introducción: La actividad física podría contribuir al bienestar de personas con enfermedad inflamatoria intestinal (EII); sin embargo, existe limitada evidencia nacional sobre su asociación con variables funcionales, inflamatorias y de calidad de vida.

Objetivos: Describir el nivel de actividad física y analizar su asociación con variables clínicas, funcionales y de calidad de vida en personas con EII.

Métodos: Estudio observacional, correlacional, retrospectivo y transversal en 36 adultos con EII en remisión clínica. La actividad física se evaluó mediante GPAQ y METS; la calidad de vida mediante IBDQ-32; la fuerza de prensión manual mediante dinamometría; y la inflamación intestinal mediante calprotectina fecal. Se utilizó correlación de Spearman y U de Mann-Whitney, considerando p<0,05.

Resultados: La actividad física promedio fue 1.920,3±1.951,9 METS, el IBDQ-32 total 172,6±29,8 puntos, la fuerza de prensión 32,9±10,0 kg y la calprotectina fecal 70,5±73,7 µg/g. Se observó una correlación positiva y significativa entre METS y fuerza de prensión (=0,407; p=0,014). No hubo correlaciones significativas entre METS e IBDQ-32 total, sus subescalas ni calprotectina fecal. Al comparar grupos según GPAQ, los físicamente activos presentaron mayores METS (p<0,001; EFSr=0,85) y mayor puntuación en la subescala emocional del IBDQ-32 (p=0,045; EFSr=0,33). No se observaron diferencias significativas en IBDQ-32 total, subescalas intestinal, social y sistémica, calprotectina fecal ni fuerza de prensión.

Conclusión: En personas con EII en remisión clínica, un mayor nivel de actividad física se asoció con mayor fuerza de prensión manual. Además, los participantes físicamente activos presentaron mejores puntuaciones en la dimensión emocional de calidad de vida, sin asociación con inflamación intestinal ni calidad de vida global.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal; Actividad Física; Fuerza Muscular; Calprotectina Fecal.

#11 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POST-TRASPLANTE HEPÁTICO SEGÚN PRIORIZACIÓN POR ACLF, FALLA FULMINANTE Y MELD EN CENTRO DE REFERENCIA

JUAN CARLOS BAUTISTA MOLLO, ALLYSON ANDREA CID ALCAYAGA, GABRIEL ALEJANDRO MEZZANO PUENTES
HOSPITAL DEL SALVADOR
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-064

Introducción: El trasplante ortotópico hepático (TOH) es el tratamiento definitivo de la cirrosis. La asignación tradicional por puntaje MELD coexiste con priorizaciones especiales por Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF) y por falla hepática fulminante (FHF), grupos en los que la morbimortalidad perioperatoria podría ser sustancialmente distinta. La evidencia local sobre el desempeño post-TOH de estos grupos es escasa.

Objetivos: Comparar la mortalidad y la morbilidad perioperatoria y post-TOH, incluyendo la incidencia de complicaciones precoces (médicas, de injerto y quirúrgicas) y tardías, disfunción renal pre-TOH, rechazo agudo, infección por citomegalovirus (CMV) y la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y tiempo de ventilación mecánica invasiva (VMI), entre pacientes trasplantados por ACLF, FHF y MELD tradicional en un centro de referencia.

Métodos: Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva de 42 pacientes adultos sometidos a TOH entre 2018 y 2026, estratificados según indicación de priorización (ACLF n=14, FHF n=10, MELD n=18). Variables: características demográficas y clínicas basales, MELD-Na pre-TOH, grado de ACLF y puntaje CLIF-C ACLF, etiología de la enfermedad hepática, complicaciones perioperatorias y post-TOH, disfunción renal pre-TOH, tratamiento de CMV peri-TOH, rechazo agudo, infecciones, estancia en UCI y VMI. Estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para variables categóricas y mediana con rango intercuartílico (RIC) para variables continuas. Comparaciones entre los tres grupos mediante test exacto de Fisher (variables categóricas) y test de Kruskal-Wallis (variables continuas); se consideró significativo p<0,05.

Resultados: La mortalidad global post-TOH fue de 21,4% (9/42), sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos (ACLF 21,4%, FHF 30,0%, MELD 16,7%; p=0,801). Los grupos ACLF y FHF presentaron mediana de MELD-Na distintas a MELD tradicional (ACLF 36, FHF 32 y MELD 26,5), también una media de estancia en UCI (ACLF 20, FHF 24 y MELD 8) y tiempo en VMI significativamente más prolongada (ACLF 6, FHF 5 y MELD 1,5). La disfunción renal pre-TOH fue más frecuente en ACLF (86% vs 60% en FHF vs 44% en MELD). No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de complicaciones médicas, de injerto, quirúrgicas ni tardías entre grupos, aunque las complicaciones tardías fueron más frecuentes en ACLF (79%). Destaca mayor riesgo de infecciones en el grupo de FHF (ACLF 36%, FHF 50% y MELD 22%)

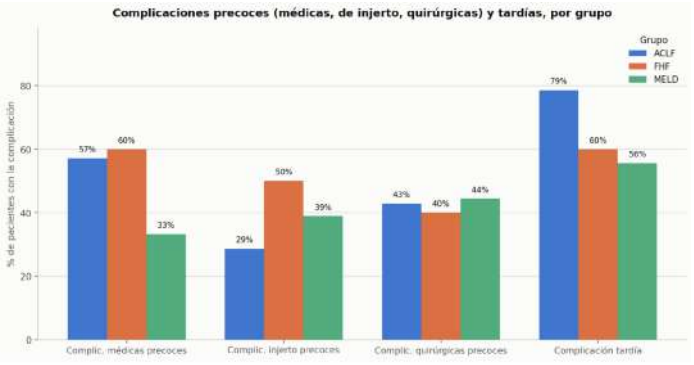
Conclusión: En esta cohorte, el trasplante por ACLF y por FHF se asoció a mayor consumo de recursos críticos (UCI y VMI) que el trasplante por MELD tradicional, sin traducirse en una mortalidad significativamente mayor, lo que respalda la utilidad de priorizar a estos pacientes cuando se seleccionan adecuadamente. El tamaño muestral limita la potencia estadística para detectar diferencias de menor magnitud.

Palabras clave: Fallo hepático agudo, Trasplante de Hígado, Insuficiencia Hepática Crónica Agudizada, Cuidados Críticos

Variable	ACLF (n=14)	FHF (n=10)	MELD (n=18)
Edad momento TOH, mediana, años (RIC)	48 (44–60)	38.5 (16–63)	50.5 (38–59)
Sexo masculino, n (%)	8 (57,1%)	1 (10%)	10 (55,6%)
Sexo femenino, n (%)	6 (42,9%)	9 (90%)	8 (44,4%)
MELD al trasplante, mediana (RIC)	36 (34-39)	32 (12-40)	26.5 (21-33)

Variable	ACLF (n=14)	FHF (n=10)	MELD (n=18)
Mortalidad, n (%)	3 (21.4%)	3 (30%)	3 (16,7%/
Etiología principal, n (%)	—	—	—
· Alcohólica	2 (14,3%)	2 (20%)	3 (16,7%)
· Viral	1 (7,1)	0	2 (11,1%)
· Autoinmune / colestásica	6 (42,8%)	2 (20%)	6 (33,4%)
· Otras	5 (35,7%)	6 (60%)	7 (38,8%)
Grado ACLF (EASL-CLIF), n (%)	—	N/A	N/A
· ACLF 1	2 (14.3%)	—	—
· ACLF 2	5 (35,7%)	—	—
· ACLF 3	7 (50%)	—	—
Tiempo en lista, mediana (RIC), días	6 (4-83)	8,5 (1-149)	53 (4-411)
Diabetes pre-TOH, n (%)	4 (28,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Disfunción renal pre-TOH, n (%)	12 (85,7%)	6 (60%)	8 (44,4%)

Complicaciones precoces y complicación tardía por grupo



#14 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR EN HEMORRAGIA VARICEAL: UNA DÉCADA DE CAMBIOS EN INDICACIONES Y RESULTADOS CLÍNICOS

LUIS ÁNGEL SUBERO SILVA[1], LARISSA VIVIANA ALEMÁN FRANCO[1], VALENTINA MEILAN IP FRANCESCONI[2], DIEGO ANDRÉS LONCHARIC CORVALAN[2], PENÉLOPE ALEJANDRA ARTUS LEIGHTON[2], ANDREA SOLEDAD RIVERA GUERRERO[2], ÁLVARO MIGUEL URZÚA MANCHEGO[1], VÍCTOR NICOLÁS HENRÍQUEZ AUBA[1]

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

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-065

Introducción: El shunt portosistémico intrahepático transyugular (TIPS) ha transitado en la última década desde un rol predominantemente de rescate hacia una indicación más temprana y protocolizada en la hemorragia digestiva alta (HDA) variceal, tras el ensayo de García-Pagán et al. (2010) y los consensos Baveno VII (2022) y Baveno VIII (2026).

Objetivo: Comparar las indicaciones, características basales y resultados clínicos del TIPS por HDA variceal en pacientes tratados antes de 2020 versus a partir de 2020 en la cohorte de un centro.

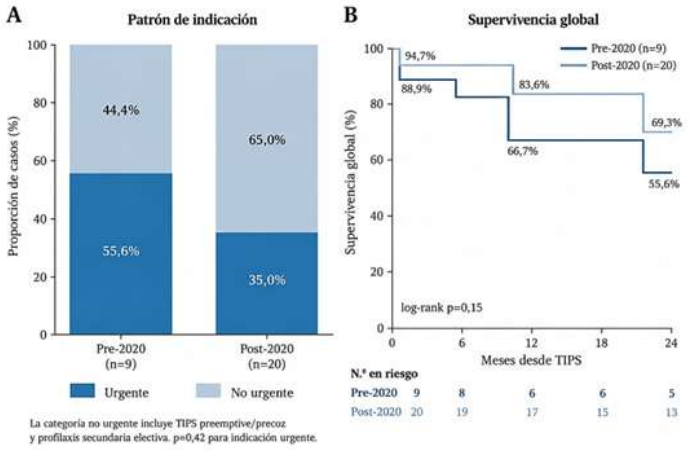
Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica, 29 pacientes (9 pre-2020, 20 post-2020). Se compararon características demográficas, etiología, severidad hepática (Child-Pugh, MELD-Na, FIPS), clasificación de la indicación (preemptive/precoz, urgente [salvataje o rescate] y profilaxis secundaria electiva), complicaciones y supervivencia global mediante estimador de Kaplan-Meier y prueba de log-rank.

Resultados: No hubo diferencias significativas en severidad basal entre períodos (Child-Pugh mediana 7 en ambos, p=0,87; MELD-Na 15 vs. 12,5, p=0,49), aunque se observó un cambio etiológico, con predominio alcohólico pre-2020 (67%) y de MASLD post-2020 (50%) sin comparación estadística formal. Las indicaciones urgentes fueron más frecuentes pre-2020 (5/9, 56%) que post-2020 (7/20, 35%), sin significancia (p=0,42). Las complicaciones agudas fueron infrecuentes en ambos grupos (11% vs. 0%). La supervivencia global a 30 días, 1 año y 2 años fue de 88,9%, 66,7% y 55,6% pre-2020, versus 94,7%, 83,6% y 69,3% post-2020 (log-rank p=0,15).

Conclusiones: Se observó una tendencia a indicaciones más tempranas y a una mejor supervivencia post-2020, consistente con la evolución internacional del uso de TIPS en HDA variceal, aunque sin alcanzar significancia estadística, probablemente por el tamaño muestral reducido, en particular del grupo pre-2020 (n=9). Estos hallazgos reflejan, a nivel local, el cambio de paradigma descrito internacionalmente hacia un uso más precoz y protocolizado del TIPS en la HDA variceal.

Palabras clave: Hemorragia Gastrointestinal; Hipertensión Portal; Derivación Portosistémica Intrahepática Transyugular.

Cambios en las indicaciones y en la supervivencia tras TIPS por hemorragia variceal



#15 E-PÓSTER NEUROGASTROENTEROLOGÍA

TIEMPO DE TRÁNSITO OROCECAL EN PACIENTES OBESOS

CHRISTIAN VON MUHLENBROCK PINTO[1], NATALIA SANTOS[2], ANA MARIA MADRID SILVA[2]

[1]UNIVERSIDAD DE LOS ANDES; [2]UNIVERSIDAD DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-066

Introducción: La obesidad se ha asociado a alteraciones de la función gastrointestinal, incluyendo cambios en la motilidad y el tránsito intestinal. Sin embargo, la relación entre el estado nutricional y el tiempo de tránsito del intestino delgado ha sido menos estudiada.

Objetivo: Evaluar el tiempo de tránsito orocecal según estado nutricional, producción de metano y presencia de sobrecrecimiento bacteriano intestinal.

Método: Estudio retrospectivo de 7.254 pacientes sometidos a test de aliento con lactulosa para determinar el tiempo de tránsito orocecal (TTOC) mediante medición de hidrógeno y metano cada 10 minutos. Se analizaron las diferencias según estado nutricional y la asociación entre estado nutricional y sobrecrecimiento bacteriano intestinal.

Resultados: La mediana de edad fue 45 años (RIC 31–60) y 79% fueron mujeres. El 2,3% presentó bajo peso, 45,5% normopeso, 36,8% sobrepeso y 15,4% obesidad. Se pudo calcular el TTOC en 6.933 pacientes. Los pacientes con obesidad presentaron un TTOC significativamente mayor que aquellos con bajo peso, normopeso y sobrepeso (p<0,001), sin diferencias entre las restantes categorías (TABLA 1). La correlación entre índice de masa corporal y tiempo de tránsito fue estadísticamente significativa, pero débil (=0,075; p<0,001) (FIGURA 1). Los productores de metano presentaron un tránsito ligeramente menor que los no productores (94,4±29,2 vs. 96,5±30,3 min; p=0,009). Los pacientes con sobrecrecimiento bacteriano intestinal presentaron un tránsito menor que aquellos sin sobrecrecimiento (80 [70–100] vs. 90 [70–120] min; p<0,001). La prevalencia de sobrecrecimiento disminuyó progresivamente desde 54,3% en bajo peso hasta 36,8% en obesidad (p<0,001).

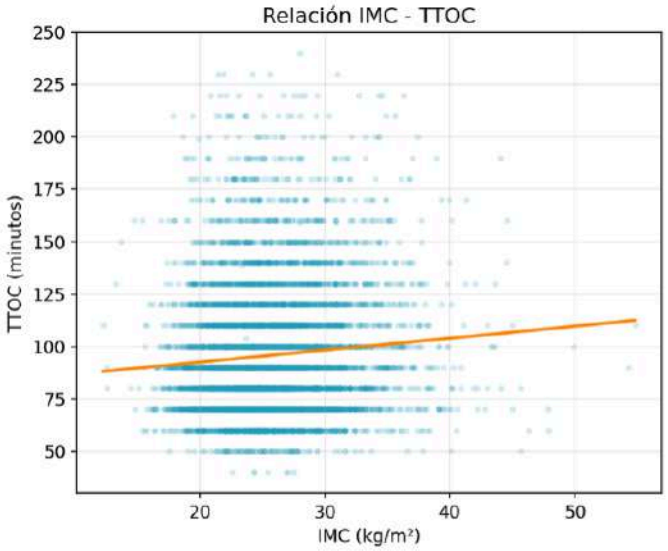
Conclusión: La obesidad se asocia a un mayor TTOC, mientras que el sobrecrecimiento bacteriano intestinal se asocia a un tránsito más rápido. La menor prevalencia de sobrecrecimiento observada en pacientes con mayor índice de masa corporal podría estar

relacionada con las diferencias en el TTOC según estado nutricional.

Palabras clave: Obesidad; Motilidad gastrointestinal; Intestino delgado; Sobrecrecimiento bacteriano.

Estado Nutricional y Tiempo de Transito Orocecal (TTOC)

Estado nutricional	n	Mediana (RIC)	Media ± DE
Bajo peso	156	90 (70–100)	91,8 ± 26,5
Normopeso	3.149	90 (70–110)	94,3 ± 29,3
Sobrepeso	2.569	90 (70–110)	95,4 ± 29,5
Obesidad	1.059	90 (80–120)	101,6 ± 32,5



#16 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

MANEJO TERAPÉUTICO, FACTORES PRECIPITANTES Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA CRISIS DE COLITIS ULCEROSA EN ADULTOS HOSPITALIZADOS

MOISÉS AARÓN OROPEZA HERNÁNDEZ[1], LUIS ALFREDO VÉLEZ VIZCAÍNO[1], MIGUEL BONILLA FIGUEREDO[1], LUCAS IGNACIO TORTELLO BRITO[2], VALERIA ANDREA ALANDIA AHUMADA[2], MARÍA DE LOS ÁNGELES JARA FLORES[2], RODRIGO IRARRÁZAVAL DEL CAMPO[3], ALEJANDRO ENRIQUE PEDRAZA MAYORGA[3]

[1]Clínica Dávila Recoleta/Universidad de los Andes; [2]Universidad de los Andes; [3]Clínica Dávila Recoleta

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-067

Introducción: La crisis grave de colitis ulcerosa (CU) puede desencadenarse por infecciones o mala adherencia, y cerca de un tercio no responde a corticoides endovenosos. Conocer la experiencia local orienta el manejo.

Objetivos: Describir características clínicas, factores precipitantes, manejo y evolución intrahospitalaria de adultos hospitalizados por crisis de CU.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de hospitalizaciones por crisis de CU (CIE-10 K51) en Clínica Dávila entre 2022 y 2024. Se excluyeron los ingresos para infusión programada o cirugía electiva, el diagnóstico de Crohn durante la hospitalización y otros motivos de ingreso. Se registró la gravedad (Truelove-Witts), los factores precipitantes (Clostridioides difficile, citomegalovirus [CMV] y adherencia), la respuesta a corticoides, la necesidad de rescate médico o mediante colectomía y la estadía hospitalaria. Se aplicó prueba exacta de Fisher y U de Mann-Whitney. Porcentajes sobre eventos con dato registrado. Aprobado por el Comité Ético Científico.

Resultados: De 125 hospitalizaciones se analizaron 70 de 63 pacientes (7 reingresos; 60% mujeres; edad mediana 36 años).

Fueron crisis graves el 38% y debut de CU el 28%. Se estudió C. difficile en el 81% (11% positivos) y CMV en tejido en el 30% (2 positivos). Hubo mala adherencia en el 94% de los eventos con registro. Recibió corticoide endovenoso el 84%, con respuesta en el 83% (71% en las graves). Requirió rescate médico el 9% y colectomía el 1,4%; el 24% ingresó a unidad crítica, sin mortalidad. El rescate o colectomía fue más frecuente en crisis graves (23% vs 2%; p=0,012) y se asoció a una prolongación de la estadía (22 vs 6 días; p<0,001).

Conclusión: Hubo una respuesta favorable a los corticoides en la mayoría de los casos; el rescate y la colectomía fueron infrecuentes y se concentraron en las crisis graves. C. difficile fue el precipitante infeccioso más frecuente. El registro incompleto de la adherencia y de la respuesta al día 3 destaca la necesidad de incorporar un registro estructurado.

Palabras clave: Colitis Ulcerosa; Colectomía; Clostridioides difficile; Factores Desencadenantes.

Figura 1. Flujo de selección de la cohorte.

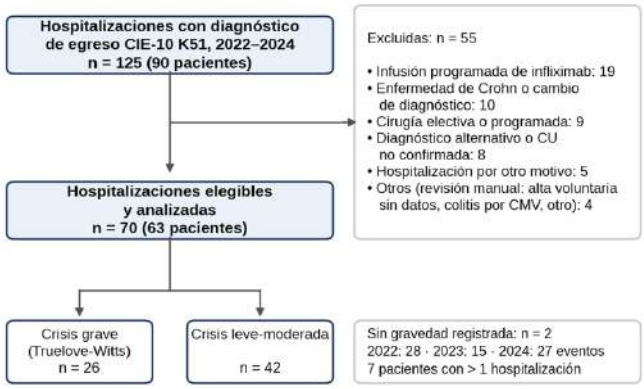
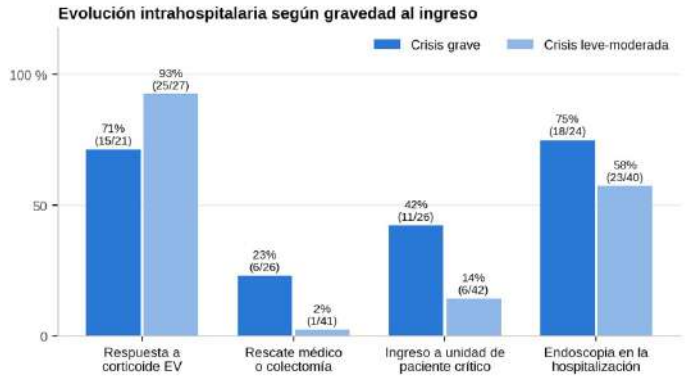


Figura 2. Evolución intrahospitalaria según la gravedad al ingreso.



#20 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

IMPACTO VITAL DEL TIPS EN LA CIRROSIS DESCOMPENSADA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

LUIS ÁNGEL SUBERO SILVA[1], LARISSA VIVIANA ALEMÁN FRANCO[1], VALENTINA MEILAN IP FRANCESCONI[2], DIEGO ANDRÉS LONCHARIC CORVALAN[2], PENÉLOPE ALEJANDRA ARTUS LEIGHTON[2], ANDREA SOLEDAD RIVERA GUERRERO[2], ÁLVARO MIGUEL URZÚA MANCHEGO[1], VÍCTOR NICOLÁS HENRÍQUEZ AUBA[1]

[1]Hospital Clínico de la Universidad de Chile; [2]Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-068

Introducción: La hipertensión portal es responsable de las principales complicaciones de la cirrosis descompensada. Tras el ensayo de García-Pagán, el TIPS preventivo se consolidó en Child-Pugh C y B con sangrado activo, favoreciendo la recompensación hepática, modificando la historia natural de la cirrosis. La experiencia local es escasa.

Objetivos: Describir las características clínicas, indicaciones, complicaciones y sobrevida de pacientes sometidos a TIPS en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de cohorte retrospectiva de 26 pacientes sometidos a TIPS en el HCUCH (febrero 2020–junio 2025). Se utilizó metodología PRISMA para la revisión bibliográfica. Se analizaron variables sociodemográficas, etiología,

indicaciones, eventos clínicos pre-TIPS, laboratorio, puntajes pronósticos (Child-Pugh, MELD-Na, FIPS), características del procedimiento, complicaciones y mortalidad. La sobrevida se estimó mediante Kaplan-Meier y factores asociados a mortalidad, mediante regresión de Cox.

Resultados: La mediana de edad fue 66 años, con predominio masculino (58%). La etiología más frecuente fue MASLD (46%). La indicación principal fue HDA variceal (77%), seguida de ascitis/hidrotórax refractario (19%). Se logró un gradiente final <12 mmHg en 92% de los procedimientos. Durante el seguimiento, encefalopatía hepática (73,1%) y ascitis (65,4%) fueron las complicaciones más frecuentes. La mortalidad global fue 30,8%, con sobrevida de 74,5% al año y 63,1% al final del seguimiento (máximo 1326 días; mediana 640 días). El MELD-Na (HR 1,25; p=0,002), el Child-Pugh (HR 2,25; p=0,001) y la AKI pre-TIPS (HR 5,68; p=0,034) se asociaron significativamente con mortalidad.

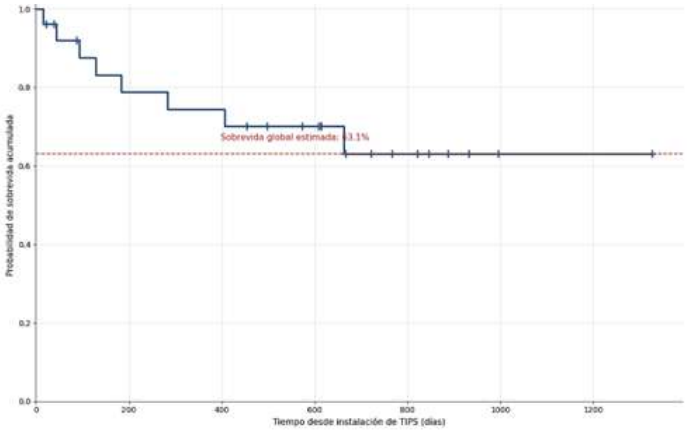
Conclusiones: En esta cohorte local, el TIPS mostró adecuado éxito técnico, con perfil de indicaciones y complicaciones distinto al de series internacionales, y mayor mortalidad asociada a indicaciones de urgencia. El MELD-Na, el Child-Pugh y la AKI pre-TIPS se confirman como factores pronósticos relevantes para la selección de candidatos a TIPS.

Palabras clave: Derivación Portosistémica Intrahepática Transyugular; Cirrosis Hepática; impacto clínico.

Variable	Valor (n=26)
Edad (años), mediana [P25–P75]	66 [60–72]
Sexo masculino, n (%)	15 (58%)
Carcinoma hepatocelular, n (%)	3 (12%)
Indicación principal del TIPS	
HDA variceal	20 (77%)
Ascitis/hidrotórax refractario	5 (19%)
Trombosis portal	1 (4%)
Tipo de indicación por HDA	
Profilaxis secundaria	3 (15%)
Preventivo	10 (50%)
Salvataje	3 (15%)
Rescate	4 (20%)

Tabla 1. *Características demográficas y clínicas pre-TIPS.*

Curva de sobrevida de Kaplan Meier post-TIPS



#21 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA POR RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA

GONZALO ERNESTO CÁRDENAS LOGUERCIO, CARLA PARRA ALBORNOZ, CAMILA ORMEÑO CANDIA, EMERSON HERNÁNDEZ VILLARROEL, CAROLINA ROJAS CASTILLO, ALVARO URZUA MANCHEGO, MAXIMILIANO MIRANDA GONZALEZ, ALEXIS GUZMAN MUÑOZ

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-069

Introducción: La elastografía hepática por resonancia magnética (ElastoRM) es una técnica no invasiva que permite cuantificar la rigidez del parénquima hepático, parámetro relacionado con el grado de fibrosis. Su incorporación a un estudio de resonancia magnética permite, además, evaluar simultáneamente la morfología hepática y otros hallazgos asociados a enfermedad hepática avanzada, incluyendo marcadores radiológicos de hipertensión portal. Esta evaluación integral podría ampliar su utilidad clínica más allá de la cuantificación aislada de la fibrosis.

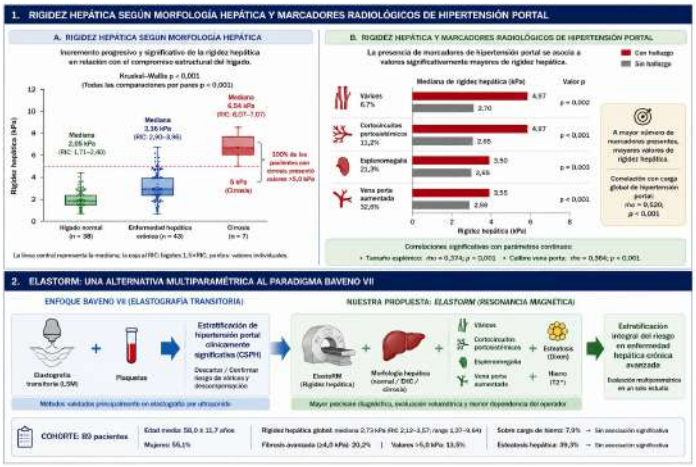
Objetivos: Evaluar la utilidad clínica de la ElastoRM en la valoración de fibrosis hepática y determinar su asociación con marcadores radiológicos de hipertensión portal en la experiencia inicial del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó 89 pacientes sometidos a ElastoRM hepática. Se registraron los valores de rigidez hepática y se analizó su relación con la morfología hepática, categorizada como normal, enfermedad hepática crónica o cirrosis. Se evaluó además su asociación con marcadores radiológicos de hipertensión portal, incluyendo presencia de várices, cortocircuitos portosistémicos, esplenomegalia y dilatación de la vena porta. Se analizaron adicionalmente la presencia y severidad de esteatosis y sobrecarga de hierro. Para evaluar las asociaciones entre estas variables y la rigidez hepática se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas y análisis de correlación.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 58 años y el 55,1% correspondió a mujeres. La mediana de rigidez hepática fue de 2,73 kPa (RIC: 2,12–3,57), observándose valores compatibles con fibrosis avanzada (4,0 kPa) en el 20,2% de los pacientes. La rigidez hepática aumentó progresivamente según el grado de compromiso estructural, con medianas de 2,05 kPa en pacientes con morfología hepática normal, 3,36 kPa en aquellos con enfermedad hepática crónica y 6,54 kPa en pacientes con cirrosis (p<0,001). Todos los pacientes con cirrosis presentaron valores de rigidez superiores a 5,0 kPa. La presencia de cada uno de los marcadores radiológicos evaluados —várices, cortocircuitos portosistémicos, esplenomegalia y dilatación de la vena porta— se asoció significativamente con mayores valores de rigidez hepática (p0,003). Asimismo, se observaron correlaciones positivas entre la rigidez hepática y el tamaño esplénico (rho=0,374), el calibre de la vena porta (rho=0,364) y la carga global de marcadores radiológicos de hipertensión portal (rho=0,520; p<0,001). No se identificaron asociaciones significativas entre la

rigidez hepática y la presencia o severidad de esteatosis ni sobrecarga de hierro.

Conclusión: En esta experiencia inicial, la ElastoRM mostró una asociación significativa y progresiva con la severidad del compromiso estructural hepático y con múltiples marcadores radiológicos de hipertensión portal. La correlación observada entre rigidez hepática y carga global de signos de hipertensión portal sugiere que su utilidad clínica podría extenderse más allá de la estimación no invasiva de fibrosis. La integración de la medición de rigidez con la evaluación morfológica y vascular proporcionada por la resonancia magnética posiciona a la ElastoRM como una potencial herramienta integral para la caracterización y estratificación no invasiva de pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada.



#22 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN ADULTOS MAYORES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS EN UN CENTRO TERCIARIO CHILENO

MARÍA GABRIELA CABALLERO QUINTANA, FODDA KARIMA CHELECH OLAVARRÍA, CATALINA BEATRIZ ROJAS TRONCOSO, FELIPE HERNÁN PARRA ULLOA, CLAUDIO ANTONIO JORQUERA ARREDONDO, DIEGO ANDRÉS FARÍAS VALDERRAMA

Hospital del Salvador

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-070

Introducción: El envejecimiento poblacional ha aumentado el número de adultos mayores con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), grupo con mayor carga de comorbilidad y desafíos terapéuticos asociados a inmunosenescencia y polifarmacia.

Objetivos: Describir las características clínicas y terapéuticas de pacientes con EII 60 años y compararlas con pacientes <60 años.

Métodos: Estudio descriptivo y comparativo de 300 pacientes con EII del Hospital del Salvador. Se analizaron tipo de EII, edad al diagnóstico, comorbilidades, hospitalizaciones, cirugía y tratamiento actual. Las variables continuas se expresaron como mediana (RIC) y las categóricas como frecuencia (%), comparándose mediante Mann-Whitney y χ^2 o Fisher, según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes 60 años y 224 <60 años. El 42,1% de los adultos mayores fue diagnosticado a 60 años. La distribución de EII fue similar (p=0,862): CU 67,1% vs 70,4%, EC 30,3% vs 27,4% y EIInc 2,6% vs 2,2%. Los 60 años presentaron más comorbilidades (72,0% vs 43,2%; p<0,001), sin diferencias en manifestaciones extraintestinales, hospitalizaciones ni cirugía. Ningún adulto mayor utilizaba corticoides sistémicos al momento del registro (0% vs 10,7%; p=0,003). No hubo diferencias en uso de mesalazina, inmunosupresores ni biológicos.

Conclusión: Los adultos mayores con EII presentaron mayor carga de comorbilidad y mayor duración de enfermedad, sin diferencias significativas en el tipo de EII, cirugía ni uso de inmunosupresores o terapias biológicas respecto de pacientes más jóvenes. Destacó un menor uso actual de corticoides sistémicos.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal; Adulto Mayor; Comorbilidad; Farmacoterapia.

Variable	60 años	<60 años	p
Comorbilidades	72,0%	43,2%	<0,001
Hospitalización por crisis	34,7%	42,3%	0,277
Cirugía abdominal	12,2%	13,8%	0,844
Corticoide sistémico actual	0%	10,7%	0,003
Inmunosupresor actual	23,2%	31,3%	0,222
Terapia biológica actual	27,9%	29,9%	0,878

#26 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

CARGA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: MAPEO, DETERMINANTES SOCIALES, IMPLICACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA EN CHILE

IESHAAN KUMAR[1], PAULINA JAVIERA NÚÑEZ FIGUEROA[1], LUIS ÁNGEL SUBERO SILVA[2]

[1]Clínica Universidad de los Andes; [2]Hospital San Juan de Dios

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-071

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) aumenta rápidamente en América Latina, presionando los sistemas de salud. Aunque Chile amplió el acceso a terapias avanzadas mediante cobertura financiera universal, se sabe poco sobre cómo la carga de enfermedad se superpone con la distribución geográfica y las condiciones socioeconómicas. Comprender estas disparidades es esencial para una planificación equitativa de la atención especializada.

Objetivos: Caracterizar la distribución geográfica, los fenotipos clínicos, el contexto socioeconómico y la posible carga asistencial de pacientes con EII en el sector poniente de Santiago, Chile.

Métodos: Estudio prospectivo en base a registro Chile Eii, atendidos en un centro de referencia de tercer nivel entre enero de 2024 y junio de 2026. El fenotipo se clasificó según Montreal. La distribución geográfica se evaluó por municipio de residencia, integrando indicadores socioeconómicos municipales para caracterizar la vulnerabilidad territorial y su relación con la carga de enfermedad.

Resultados: De 436 pacientes, la colitis ulcerosa representó 78,7% y la enfermedad de Crohn 20,4%. La colitis ulcerosa extensa fue el fenotipo predominante; en Crohn, la forma colónica inflamatoria fue la más frecuente. Los pacientes se distribuían en 43 municipios; más de un tercio residía en Pudahuel y Melipilla. Los municipios con mayor carga mostraban mayor dependencia del sistema público e indicadores socioeconómicos más bajos, constituyendo áreas prioritarias para la atención especializada y la asignación de recursos.

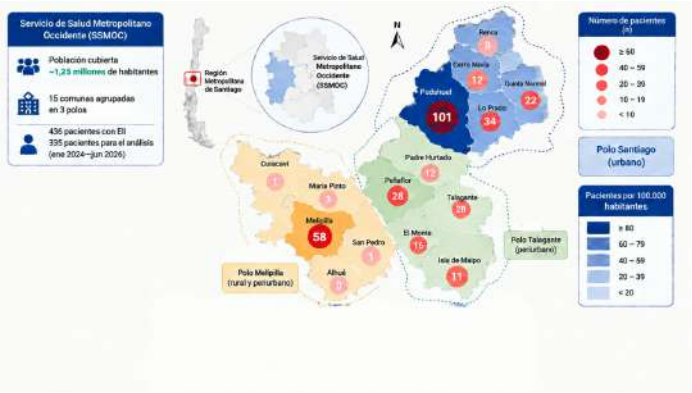
Conclusión: La carga de EII en el sector poniente de Santiago se distribuye de forma desigual, concentrándose en municipios con mayor vulnerabilidad socioeconómica. Integrar epidemiología geográfica con indicadores socioeconómicos aporta información valiosa para planificar servicios especializados y mejorar la equidad de acceso en Chile.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal, disparidad geográfica, Región Metropolitana.

Distribución de comunas por polo, con indicadores socioeconómicos y número de pacientes en el registro

Polo	Municipio	Población	FONASA (%)	Calidad vivienda	Escolaridad (años)	Urbanicidad	Pacientes en el registro (n)	% del re El
Santiago	Pudahuel	227.820	92,8%	0,98	10,6	Urbano	101	30,
Santiago	Lo Prado	91.290	100,0% *	0,97	9,9	Urbano	34	10,
Santiago	Quinta Normal	127.250	100,0% *	0,96	10,6	Urbano	22	6,6
Santiago	Cerro Navia	143.622	99,3%	0,96	9,0	Urbano	12	3,6
Santiago	Renca	129.351	87,8%	0,97	9,6	Urbano	8	2,4
Talagante	Peñaflor	84.878	89,9%	0,97	10,8	Periurbano	28	8,4
Talagante	Talagante	76.429	84,0%	0,97	11,1	Periurbano	28	8,4
Talagante	Padre Hurtado	81.243	76,6%	0,96	10,4	Periurbano	12	3,6
Talagante	**El Monte**	**37.497**	**94,6%**	**0,95**	**9,8**	**Periurbano**	**16**	**4,8**
Talagante	Isla de Maipo	39.274	92,2%	0,95	9,8	Rural	11	3,3
Melipilla	Melipilla	136.325	97,0%	0,96	10	Rural	58	17,
Melipilla	Curacaví	35.165	79,6%	0,96	9,9	Rural	1	0,3
Melipilla	María Pinto	15.352	100%	0,95	9,3	Rural	3	0,9
Melipilla	San Pedro	11.108	100%	0,93	8,2	Rural	1	0,3
Melipilla	Alhué	7.768	100%	0,93	9,3	Rural	0	0

Distribución geográfica de pacientes con EII en la Región de Santiago



#28 E-PÓSTER PÁNCREAS

IMPACTO DEL TAMAÑO DE LA LITIASIS PANCREÁTICA EN LA COMPLEJIDAD Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

EDUARDO ANDRÉS SEGOVIA VERGARA[1], RODRIGO MANSILLA VIVAR[2], VICENTE PONS BELTRÁN[3]

[1]UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN; [2]Hospital de Puerto Montt; [3]Hospital Politécnico La Fe

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-072

Introducción: La litiasis pancreática es una complicación frecuente de la pancreatitis crónica y puede contribuir a la persistencia del dolor. Su manejo puede requerir múltiples intervenciones, incluyendo colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), pancreatoscopia y litotricia extracorpórea (LEH). El impacto del tamaño de las litiasis sobre la complejidad del tratamiento y los resultados clínicos a largo plazo permanece poco definido.

Objetivo: Evaluar la asociación entre el tamaño de la litiasis pancreática y la complejidad del tratamiento endoscópico.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes con pancreatitis crónica y litiasis pancreática sometidos a tratamiento endoscópico entre 2010 y 2025 en un centro terciario. Se categorizaron pacientes según tamaño de litiasis (<10 mm o 10 mm).

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes, 74% masculinos, de edad media 53 años. La etiología fue alcohólica en 56% y desconocida en 33%. 14 pacientes presentaron litiasis <10 mm y 13 10 mm. La localización más frecuente fue la cabeza pancreática (70%), observándose compromiso multisegmentario en un 31%. Se realizaron 230 CPRE, (media 8.5 por paciente), y 91 pancreatoscopias (media 3.3 por paciente). 16 pacientes requirieron LEH (media 2.8 sesiones). El número de CPRE requeridas no difirió significativamente según tamaño de la litiasis. Litiasis 10 mm requirieron más sesiones de SpyGlass y LEH. Se registraron 27 complicaciones en 12 pacientes; 22 fueron leves (dolor post-CPRE autolimitado), 3 moderadas y 2 graves. No se identificaron asociaciones entre complicaciones y edad, etiología, tamaño, localización o número de procedimientos. Durante el seguimiento, 21 pacientes alcanzaron remisión sintomática (mediana 9.5 meses y 3 sesiones). 5 permanecieron sintomáticos y 1 falleció por adenocarcinoma pancreático. No se observaron diferencias en tiempo hasta remisión.

Conclusión: El tratamiento endoscópico permitió alcanzar resolución sintomática en 8 de cada 10 pacientes, con una baja tasa de complicaciones. Litiasis de mayor tamaño requirieron tratamientos de mayor complejidad técnica, aunque no implicó mayor número de sesiones ni mayor tiempo hasta remisión.

Palabras clave: Pancreatitis Crónica, Litiasis, Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica.

#32 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

DISPARIDADES EN LA ATENCIÓN EN LA COLITIS ULCEROSA: COMPARACIÓN MULTICENTRICA ENTRE SECTORES PÚBLICOS Y PRIVADOS

IESHAAN KUMAR[1], PAULINA JAVIERA NÚÑEZ FIGUEROA[2], LUIS ÁNGEL SUBERO SILVA[3], GONZALO RODRIGO PIZARRO JOFRÉ[4], RODRIGO ENRIQUE QUERA PINO[1]

[1]Clínica Universidad de los Andes; [2]Clínica Universidad de los Andes / Hospital San Juan de Dios; [3]Hospital San Juan de Dios; [4]Hospital Barros Luco Trudeau

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-073

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) representa una carga creciente en Chile, donde la atención se presta mediante sistemas público y privado que difieren en características poblacionales, organización y vías de acceso. En una enfermedad heterogénea, donde un manejo tardío puede derivar en complicaciones graves, hospitalizaciones frecuentes o colectomías de urgencia, comprender las discrepancias entre ambos entornos resulta fundamental.

Objetivo general: Caracterizar y comparar los fenotipos clínicos, la gravedad basal y los patrones de utilización terapéutica de pacientes con CU en los sistemas público y privado chilenos.

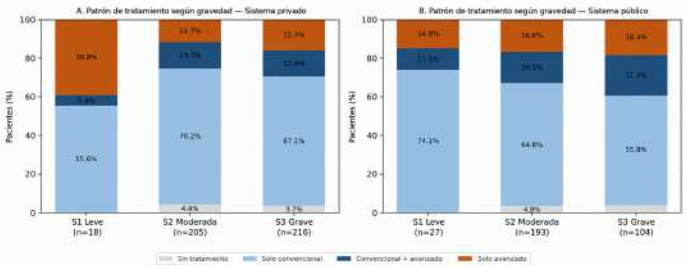
Métodos: Estudio observacional en tres centros de referencia terciarios en Santiago, Chile, entre enero de 2024 y marzo de 2026, que incluyó pacientes con CU en seguimiento en los Programas ChileEII. Las variables se compararon entre sectores mediante la prueba exacta de Fisher y odds ratios (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se incluyeron 462 pacientes del sector privado y 365 del público. Los del sistema privado fueron diagnosticados a menor edad (32.1 vs. 36.4 años; p<0.001). El uso de biológicos fue mayor en el sistema público (31.8% vs. 25.1%, p = 0.041), siendo los anti-TNF los fármacos más utilizados en ambos sectores (>95%). Los antecedentes de hospitalización fueron más frecuentes en el sector público, especialmente en enfermedad moderada (37,5% vs 19,8%; OR privado vs público: 0,41; IC95%: 0,21-0,80). Las tasas de cirugía fueron bajas y no difirieron significativamente entre sistemas en ningún nivel de gravedad (leve: 1,9% público vs 0% privado; moderada: 1,3% vs 0%; grave: 3,8% vs 0%; todos p > 0,05).

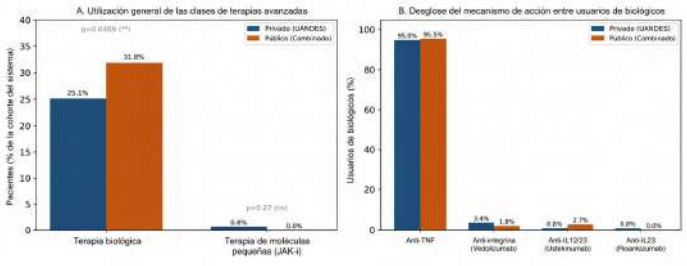
Conclusiones: La utilización de terapia avanzada fue mayor en el sistema público, que además mostró una mayor carga histórica de hospitalización, particularmente en enfermedad moderada. Esto sugiere que las disparidades en salud podrían extenderse más allá del acceso a terapias avanzadas, involucrando diferencias en las vías de acceso a la atención especializada.

Palabras clave: Colitis ulcerosa, disparidades en la atención de salud, salud pública vs. privada, terapia biológica.

Patrón proporcional de tratamiento según gravedad de la enfermedad. (A) Sistema privado. (B) Sistema público



(A) Utilización global de terapia biológica y de moléculas pequeñas. (B) Distribución por mecanismo de acción entre los usuarios de biológicos. UANDES Clínica Universidad de los Andes. Combinado Hospital San Juan de Dios, Hospital Barros Luco Trudeau



#33 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y TEST DE UREASA EN 1.006 ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS DEL VALLE DEL ACONCAGUA

CÉSAR ANTONIO ORELLANA ROZAS, PALOMA ISIDORA ARIAS NEUMANN, ISABEL MARGARITA ALVARADO STRANGE

CENTRO ENDOSCOPICO ENDOLAP, LOS ANDES

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-074

Introducción: La endoscopia digestiva alta permite identificar enfermedades frecuentes del tracto digestivo superior y hallazgos relevantes para prevención y seguimiento.

Objetivos: Describir las características demográficas, indicaciones, principales hallazgos endoscópicos y resultados del test de ureasa en 1.006 endoscopias digestivas altas.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 1.006 episodios realizados entre agosto de 2025 y septiembre de 2026 en un centro endoscópico de Los Andes, Chile. Se analizaron edad, sexo, indicación, hallazgos endoscópicos, biopsias y resultado del test de ureasa.

Resultados: La edad media fue 50,5 ± 16,5 años (rango 15–92) y 67,4% correspondió a mujeres. Las principales indicaciones fueron reflujo/enfermedad por reflujo gastroesofágico (45,6%) y dispepsia (29,7%); tamizaje/prevención correspondió al 11,3%. Los principales hallazgos fueron gastritis/gastropatía (51,4%), esofagitis (38,0%) y hernia hiatal (30,4%). Se documentaron signos de atrofia gástrica en 13,9% y Barrett o sospecha de Barrett en 5,1%. Hill III-IV se observó en 41,0% y esofagitis Los Ángeles C-D en 12,6%. Se consignó toma de biopsias en 36,1%. El test de ureasa presentó una positividad de 58,4%.

Conclusión: En esta cohorte predominó una población femenina de edad media cercana a 50 años, con reflujo y dispepsia como principales indicaciones. Gastritis/gastropatía, esofagitis y hernia hiatal fueron los hallazgos más frecuentes. La positividad del test de ureasa fue frecuente en esta cohorte, evidenciando una alta proporción de resultados positivos entre los pacientes estudiados.

Palabras clave: Endoscopía Gastrointestinal; Helicobacter pylori; Gastritis; Estudios Observacionales.

#35 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, BIOQUÍMICA E INMUNOLÓGICA DE SÍNDROMES DE SOBREPOSICIÓN HEPÁTICOS AUTOINMUNES, CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

CATALINA ANTONIA ROA VALENZUELA, SAMANTHA JISHAN WU, MARÍA FRANCISCA REYES GAJARDO, RODRIGO FUNES FERRADA, PABLO RUBILAR ARAYA, NIDIA FABIOLA CASTRO, JAVIER RENÉ BRAHM BARRIL, JAVIERA CECILIA ACHONDO ARAYA, GABRIEL ALEJANDRO MEZZANO PUENTES, LORENA CATALINA CASTRO SOLARI

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-075

Introducción: Los síndromes de sobreposición de enfermedades hepáticas autoinmunes (HAI-CBP, HAI-CEP) son entidades infrecuentes, con criterios diagnósticos no estandarizados y evidencia latinoamericana escasa y fragmentada.

Objetivos: Caracterizar clínica, bioquímica e inmunológicamente una cohorte de pacientes con síndrome de sobreposición HAI-CBP y HAI-CEP, y describir su evolución hacia fibrosis avanzada, cirrosis y respuesta terapéutica.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes con síndrome de sobreposición HAI-CBP o HAI-CEP en seguimiento en la Clínica Universidad de los Andes por 6-12 meses desde el diagnóstico. Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, autoanticuerpos, cumplimiento de criterios de París, tratamiento y estado de remisión.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes (24 HAI-CBP y 7 HAI-CEP). Hubo predominio femenino (27 de 31 pacientes en total; 22 de 24 en HAI-CBP y 5 de 7 en HAI-CEP). La edad mediana al diagnóstico fue 56 años para HAI-CBP y 49 años para HAI-CEP. Se observó cirrosis al diagnóstico en 7 de los 31 pacientes (6 con HAI-CBP y 1 con HAI-CEP), y MASLD/esteatosis concomitante en 10 de 31 pacientes. El debut más frecuente fue astenia y síntomas inespecíficos (presente en 10 pacientes). Solo 3 de los 24 pacientes con HAI-CBP cumplieron criterios de París. Se detectaron ANA con títulos altos o patrón específico en 13 de 24 pacientes con HAI-CBP y en 4 de 7 con HAI-CEP, mientras que el AMA fue positivo en 8 de 24 pacientes con HAI-CBP. Al cierre del seguimiento, la cirrosis estuvo presente en 7 de 24 pacientes con HAI-CBP (sin datos de seguimiento suficientes en el subgrupo HAI-CEP). Se logró remisión completa en 6 de 24 pacientes con HAI-CBP y en 1 de 7 con HAI-CEP.

Conclusión: Esta cohorte chilena confirma el predominio femenino y la baja proporción de cumplimiento de criterios de París descrita en la literatura, sugiriendo que un porcentaje relevante de pacientes overlap podría quedar subdiagnosticado bajo criterios clásicos. La baja tasa de respuesta completa a tratamiento y el desarrollo de cirrosis en el seguimiento aportan evidencia regional hasta ahora escasa.

Palabras clave: Cirrosis Hepática Biliar; Hepatitis Autoinmune; Pruebas de función hepática; Biomarcadores.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas basales

Variable	HAI-CBP (n=24)	HAI-CEP (n=7)	Total (n=31)

Datos Demográficos:			
Edad al diagnóstico, años, mediana (RIC) [rango]	56 (41–63) [11–81]	49,0 (23,5–57,0) [20,0–62,0]	—
Sexo femenino	22 (91,7%)	5 (71,4%)	27 (87,1%)
Sexo masculino	2 (8,3%)	2 (28,6%)	4 (12,9%)
Cirrosis al diagnóstico, presente	6 (25,0%)	1 (14,3%)	7 (22,6%)
Cirrosis al diagnóstico, ausente	18 (75,0%)	6 (85,7%)	24 (77,4%)
Enfermedad inflamatoria intestinal	2 (8,3%)	1 (14,3%)	3 (9,7%)
MASLD / esteatosis hepática	7 (29,2%)	3 (42,9%)	10 (32,3%)
Síntoma al debut: asintomático	4 (16,7%)	1 (14,3%)	5 (16,1%)
Síntoma al debut: prurito	6 (25,0%)	0 (0,0%)	6 (19,4%)
Síntoma al debut: astenia / síntomas inespecíficos	7 (29,2%)	3 (42,9%)	10 (32,3%)
Síntoma al debut: ictericia	1 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)*
Síntoma al debut: hepatitis aguda grave / FHF	1 (4,2%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)
Síntoma al debut: ictericia + síntomas inespecíficos	1 (4,2%)	2 (28,6%)	3 (9,7%)
Síntoma al debut: no se detalla	4 (16,7%)	1 (14,3%)	5 (16,1%)
Autoanticuerpos y Cumplimiento Criterios de Paris:			
ANA — negativo	1 (4,2%)	1 (14,3%)	2 (6,5%)
ANA — positivo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0%)
ANA — títulos altos / patrón específico	13 (54,2%)	4 (57,1%)	17 (54,8%)
ANA — sin datos / no reportado	10 (41,7%)	2 (28,6%)	12 (38,7%)
AMA — negativo	8 (33,3%)	4 (57,1%)	12 (38,7%)
AMA — positivo	8 (33,3%)	0 (0,0%)	8 (25,8%)

AMA — títulos altos / patrón específico	**0 (0,0%)**	**0 (0,0%)**	**0 (0%)**
AMA — sin datos / no reportado	8 (33,3%)	3 (42,9%)	11 (35,5%)
AML / ASMA — negativo	12 (50,0%)	3 (42,9%)	15 (48,4%)
AML / ASMA — positivo	0 (0,0%)	1 (14,3%)	1 (3,2%)
AML / ASMA — títulos altos / patrón específico	2 (8,3%)	1 (14,3%)	3 (9,7%)
AML / ASMA — sin datos / no reportado	10 (41,7%)	2 (28,6%)	12 (38,7%)
Criterios de París — cumple*	3 (12,5%)	No aplica	3 (12,5%)
Criterios de París — no cumple*	20 (83,3%)	No aplica	20 (83,3%)
Criterios de París — cumple parcialmente / inespecífico*	1 (4,2%)	No aplica	1 (4,2%)

RIC: rango intercuartílico. MASLD: enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica; FHF: falla hepática fulminante. *El total no siempre corresponde a la suma exacta por redondeo o datos faltantes en la base original. ANA: anticuerpos antinucleares; AMA: anticuerpos antimitocondriales; AML/ASMA: anticuerpos antimúsculo liso. *Los Criterios de París aplican específicamente al subgrupo HAI-CBP.

Tabla 2. Desenlaces al cierre del seguimiento (remisión y progresión a cirrosis)

Variable	HAI-CBP (n=24)	HAI-CEP (n=7)
Cirrosis al cierre del seguimiento — presente	7 (29,2%)	0 (0,0%)
Cirrosis al cierre del seguimiento — ausente	15 (62,5%)	1 (14,3%)
Cirrosis al cierre — pendiente de evaluación	2 (8,3%)	1 (14,3%)
Cirrosis al cierre — sin datos / no reportado	0 (0,0%)	5 (71,4%)
Remisión completa	6 (25,0%)	1 (14,3%)
No remisión (global)	14 (58,3%)	0 (0,0%)
Falla por exámenes generales alterados	1 (4,2%)	0 (0,0%)
Falla por persistencia de GOT/FA	1 (4,2%)	0 (0,0%)
Falla por bilirrubina	0 (0,0%)	1 (14,3%)
Seguimiento en curso / tiempo insuficiente	**1 (4,2%)**	**5 (71,4%)**

La categoría "no remisión (global)" en HAI-CBP incluye los casos desglosados por causa de falla (exámenes generales, GOT/FA, bilirrubina) cuando fueron especificados en la base de datos.

#36 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

SEDACIÓN ENDOSCÓPICA CON REVERSIÓN MEDIANTE FLUMAZENIL: RESULTADOS DE UNA COHORTE DE 258 PACIENTES

CÉSAR ANTONIO ORELLANA ROZAS[1], PALOMA ISIDORA ARIAS NEUMANN[2], ISABEL MARGARITA ALVARADO STRANGE[2]

[1]ENDOLAP, LOS ANDES; [2]CENTRO ENDOSCOPICO ENDOLAP, LOS ANDES

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-076

Introducción: La sedación facilita la tolerancia de la endoscopía digestiva alta, pero puede producir alteraciones cardiorrespiratorias. La reversión farmacológica podría favorecer una recuperación precoz y predecible posterior al procedimiento.

Objetivos: Describir la evolución de signos vitales y el esquema de sedación con midazolam y fentanilo, utilizando flumazenil 0,5 mg como reversor al finalizar el procedimiento.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de 258 pacientes sometidos a endoscopía digestiva alta. Se registraron presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno al ingreso, durante el procedimiento y al egreso, además de las dosis de midazolam y fentanilo. Las mediciones pareadas se compararon mediante prueba de Wilcoxon, considerando significativo p<0,05.

Resultados: Edad promedio 51,6 años (16–87); 73,2% fueron mujeres. Midazolam se registró en 257 pacientes, con 5 mg como dosis inicial en 222 (86,4%). Fentanilo fue registrado en 231, predominando dosis iniciales de 30–50 µg en 198 (85,7%). La presión arterial sistólica disminuyó de 134,0 a 128,9 mmHg entre ingreso y control intermedio (p<0,001), alcanzando 129,5 mmHg al egreso. La frecuencia cardíaca disminuyó de 75,9 a 72,5 lpm (p<0,001), con 75,6 lpm al egreso. La presión diastólica disminuyó de 79,4 a 72,8 mmHg y se recuperó a 79,3 mmHg al egreso (p<0,001). La saturación de oxígeno disminuyó de 96,3% a 95,9% y 95,4%, respectivamente (p<0,001). Saturación <92% se observó en 4, 7 y 11 pacientes, respectivamente. No se registró presión sistólica <90 mmHg al egreso.

Conclusión: En esta cohorte, la estrategia de sedación con reversión mediante flumazenil 0,5 mg se asoció con cambios hemodinámicos transitorios y recuperación de presión arterial y frecuencia cardíaca hacia valores cercanos al ingreso. La disminución de la saturación fue leve, aunque persistió al egreso, lo que respalda la importancia de mantener monitorización durante la recuperación postendoscópica.

Palabras clave: Endoscopía Gastrointestinal; Sedación Consciente; Flumazenil; Signos Vitales.

#37 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y BIOQUÍMICA DE UNA COHORTE DE HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA EN UN CENTRO CHILENO

MARIA FRANCISCA REYES GAJARDO[1], PABLO JAVIER RUBILAR ARAYA[1], LORENA CATALINA CASTRO SOLARI[2], JAVIER RENÉ BRAHM BARRIL[2], NIDIA FABIOLA CASTRO PRETER[2], GABRIEL ALEJANDRO MEZZANO PUENTES[2]

[1]UNIVERSIDAD DE LOS ANDES; [2]CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-077

Introducción: La hemocromatosis por mutación homocigota del gen HFE explica el 95% de los casos y afecta a 1 de cada 150-220 personas de ascendencia norte-europea, por una falla en la regulación de la hepcidina que perpetúa la absorción intestinal de hierro; existe escasa caracterización en cohortes latinoamericanas, donde el alelo C282Y es menos frecuente.

Objetivos: Describir las características demográficas, fenotípicas, bioquímicas y las complicaciones hepáticas de una cohorte de

pacientes con hemocromatosis hereditaria confirmada genéticamente en un centro chileno.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 22 pacientes con diagnóstico genético de hemocromatosis hereditaria. Se registraron variables demográficas, genotipo HFE, perfil férrico y hepático basal, comorbilidades y presencia de cirrosis al diagnóstico a partir de fichas clínicas.

Resultados: El 22,7% (5/22) era homocigoto C282Y/C282Y, 27,3% (6/22) heterocigoto compuesto C282Y/H63D y 50,0% (11/22) homocigoto H63D/H63D. Los homocigotos presentaron mayor ferritina (1750 vs 790 vs 713 µg/L) y TSAT (85% vs 64% vs 52%) que los otros genotipos, y concentraron la mayor proporción de cirrosis (40% vs 0% vs 9,1%). El homocigoto H63D/H63D mostró mayor dislipidemia (72,7%) y esteatosis hepática (70%) que los genotipos clásicos. La alteración glucémica (diabetes o prediabetes/resistencia a la insulina) alcanzó 40,9% de la cohorte.

Conclusión: La sobrecarga férrica y el daño hepático se concentraron en homocigotos C282Y. La mitad de la cohorte correspondió a H63D/H63D, con perfil metabólico que sugiere hiperferritinemia dismetabólica más que HH clásica, lo que refuerza la necesidad de interpretar el genotipo HFE en el contexto metabólico.

Variable	C282Y/C282Y (n=5)	C282Y/H63D (n=6)	H63D/H63D (n=11)
Hombres	5/5 (100%)	6/6 (100%)	9/11 (81,8%)
Edad, mediana (RIC)	59 (37–59)	46 (44–50)	54 (47–58)
Ferritina µg/L, mediana (RIC)	1750 (1496–1991)n=4/5	790 (706–949)n=4/6	713 (498–897)n=9/11
Ferritina 1000 µg/L	4/4 (100%)	1/4 (25%)	2/9 (22,2%)
TSAT %, mediana (RIC)	85 (79–88)n=3/5	64 (48–84)n=4/6	52 (44–74)n=7/11
Variable	**C282Y/C282Y (n=5)**	**C282Y/H63D (n=6)**	**H63D/H63D (n=11)**
TSAT 45%	3/3 (100%)	4/4 (100%)	5/7 (71,4%)
Cirrosis al diagnóstico	2/5 (40%)	0/6 (0%)	1/11 (9,1%)
Alteración glicémica (DM2 + prediabetes/RI)	2/5 (40%)	3/6 (50%)	4/11 (36,4%)
HTA	4/5 (80%)	2/6 (33,3%)	5/11 (45,5%)
Dislipidemia	2/5 (40%)	3/6 (50%)	8/11 (72,7%)
MASLD / esteatosis	2/4 (50%)	3/5 (60%)	7/10 (70%)

#39 E-PÓSTER

CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON GAUCHER EN CENTRO DE REFERENCIA

FRANCISCO TOMÁS SÁEZ CORREA, CLAUDIO ANTONIO JORQUERA ARREDONDO, JUAN CARLOS BAUTISTA MOLLO, ALLYSON CID ALCAYAGA, MARÍA CONSUELO PALOMO BARTOLOTTI, CATALINA BEATRIZ ROJAS TRONCOSO

HOSPITAL DEL SALVADOR

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-078

Introducción: La Enfermedad de Gaucher es la enfermedad lisosomal más frecuente. En Chile, la Ley 20.850 garantiza la terapia de reemplazo enzimático (TRE) y define metas terapéuticas específicas, pero no existía evidencia local sobre su cumplimiento real en centros de referencia.

Objetivos: Describir la evolución clínica y determinar el cumplimiento de las metas terapéuticas del Protocolo Ley 20.850 en 5 pacientes con Enfermedad de Gaucher en TRE en un centro de referencia chileno.

Métodos: Estudio de cohorte descriptivo, retrospectivo, de los 5 pacientes con Enfermedad de Gaucher en TRE en control en el centro. Los datos se obtuvieron de fichas clínicas y formularios de la Ley 20.850. Se determinó el cumplimiento de cada meta terapéutica (hemoglobina, plaquetas, hepatomegalia, esplenomegalia y meta esquelética) y el número de metas logradas por paciente mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes (3 mujeres, 2 hombres; 3 chilenos, 2 venezolanos), con edad al diagnóstico entre 2 y 52 años (mediana 4 años) (Tabla 1). El 80% presentaba criterios de alto riesgo al diagnóstico. Se registró un fallecimiento (20%), en el único paciente diagnosticado e iniciado en TRE en la adultez, con comorbilidad múltiple. El número de metas logradas varió entre 2 y 5 de un máximo de 5 (media 3,6/5). Por dominio, el cumplimiento fue mayor en esplenomegalia (100%, n=4/4 evaluables) y en hemoglobina y hepatomegalia (80% cada una, n=4/5), y menor en plaquetas y metas esqueléticas (60% cada una, n=3/5) (Figura 1). La latencia entre el diagnóstico y el inicio de TRE fue heterogénea (0 a 18 años), con los mayores retrasos en los casos diagnosticados antes de la vigencia de la Ley 20.850. Se observaron hallazgos adicionales: 3 de 5 pacientes cambiaron de Taliglucerasa a Imiglucerasa sin causa clínica documentada; el paciente no adherente a controles fue también el de menor logro de metas entre los sobrevivientes; y se detectó una inconsistencia en el registro de metas logradas de un caso, pendiente de verificación clínica.

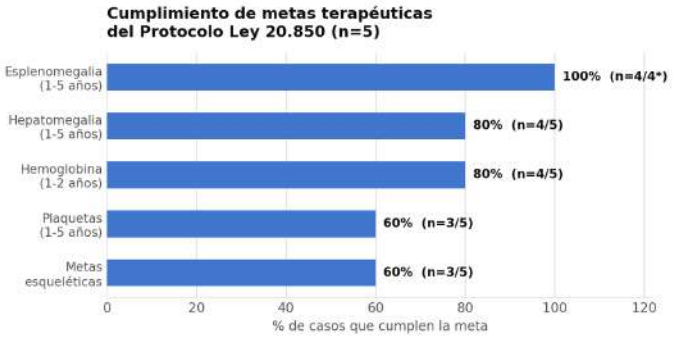
Conclusión: En esta serie de 5 casos, el cumplimiento de las metas terapéuticas de la Ley 20.850 fue heterogéneo, con mejor respuesta visceral que hematológica y esquelética, y la mortalidad concentrada en el diagnóstico tardío. Estos resultados constituyen la primera caracterización local del desempeño real de la TRE bajo la Ley 20.850 en este centro.

Palabras clave: Enfermedad de Gaucher; Terapia de Reposición Enzimática; Resultado del Tratamiento; Estudios de Seguimiento.

Tabla 1. Características clínicas, latencia diagnóstico-tratamiento y desenlace por caso (n=5; datos anonimizados, código EG-01 a EG-05).

Código	Sexo	Edad Diagnóstico (años)	Alto riesgo Al Diagnóstico	Latencia Dg e inicioTRE (años)	Años en TRE	Metas logradas (/5)	Estado
EG-01	F	33	Sí	1	18	2	Activo
EG-02	M	2	Sí	15	20	4	Activo
EG-03	F	4	Sí	5	23	5	Activo
EG-04	F	3	No	18	7	5	Activo
EG-05	M	52	Sí	0	0,5	2	Fallecido

Figura 1. Porcentaje de casos que cumplen cada meta terapéutica del Protocolo Ley 20.850 (n=5; *esplenomegalia evaluada en 4 casos, 1 esplenectomizado).



#40 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

COMPARACIÓN DE MÉTODOS DE PREPARACIÓN INTESTINAL (IZINOVA, PICOPREP Y POLIETILENGLICOL) SEGÚN LA ESCALA DE BOSTON EN COLONOSCOPÍAS.

ALEJANDRO ENRIQUE PEDRAZA MAYORGA[1], ANDRES HUMBERTO LAGOS CORDERO[2]

[1]Clínica RedSalud de Santiago; [2]Centro Médico y Dental RedSalud Maipú

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-079

Introducción: La calidad de la preparación intestinal es determinante para la eficacia diagnóstica de la colonoscopía y se mide con la Escala de Boston (BBPS), que evalúa tres segmentos colónicos (0–3 puntos c/u) y se considera adecuada cuando el total es 6 y cada segmento alcanza 2. Los esquemas más usados son picosulfato de sodio (Izinova, Picoprep) y polietilenglicol (PEG), comercializado bajo distintas marcas.

Objetivo: Comparar la proporción de preparación intestinal adecuada según BBPS entre pacientes preparados con Izinova, Picoprep y PEG.

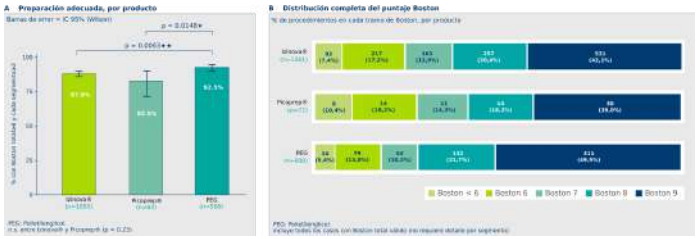
Métodos: Estudio retrospectivo observacional. El puntaje de Boston se extrajo de los informes de colonoscopía y se cruzó con el producto registrado en el checklist de enfermería (2024-2026). Izinova y Picoprep se analizaron por separado; las marcas de PEG se agruparon por corresponder al mismo principio activo. Preparación adecuada: total 6 y cada segmento 2. Se compararon proporciones con test exacto de Fisher y la distribución del puntaje con U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, ajustando por edad y sexo mediante regresión logística y ordinal.

Resultados: Se analizaron 2.973 pacientes con puntaje de Boston disponible; 1.619 con detalle segmentario verificable (Izinova n=1.050, Picoprep n=63, PEG n=506). Preparación adecuada: 87,9% con Izinova, 82,5% con Picoprep y 92,5% con PEG. Sin diferencias entre Izinova y Picoprep (p=0,23). PEG superó a Izinova (p=0,0063) y a Picoprep (p=0,0148). Kruskal-Wallis confirmó diferencias entre los tres grupos (p=0,0018). El efecto favorable de PEG se mantuvo tras ajustar por edad y sexo (regresión logística p=0,0065; ordinal p=0,001). La edad se asoció independientemente con peor preparación en todos los modelos (p<0,001), sin efecto significativo del sexo.

Conclusión: El polietilenglicol logró preparación intestinal adecuada con mayor frecuencia que Izinova y Picoprep, diferencia que persistió tras ajustar por edad y sexo. Izinova y Picoprep resultaron clínicamente equivalentes entre sí. La magnitud del efecto fue moderada: los tres esquemas superaron el 80% de preparación adecuada. Limitaciones: estudio observacional no aleatorizado, con asignación de producto no controlada.

Palabras clave: Endoscopía Gastrointestinal, Colonoscopía, Catárticos.

Figura 1. Preparación intestinal adecuada y por puntaje Boston por producto



#41 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

SEGURIDAD DE LA SEDACIÓN MODERADA PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON OBESIDAD SEVERA

STEFANO RAMOLFO PACHECO, FRANCESCA GORZIGLIA CASCARDO, CHRISTOFER ALBORNOZ ROMERO, PABLO MARIN PEREZ

CLINICA COLONIAL

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-080

Introducción: La endoscopia digestiva alta se realiza de forma rutinaria como parte de la evaluación preoperatoria de los candidatos a cirugía bariátrica. Los pacientes con obesidad severa suelen considerarse de mayor riesgo para presentar complicaciones relacionadas con la sedación, lo que ha llevado a muchos centros a requerir el apoyo rutinario de un anestesiólogo. Sin embargo, la evidencia que respalda la necesidad de su participación sistemática continúa siendo limitada.

Objetivo: Evaluar la seguridad y la factibilidad de la sedación moderada administrada sin apoyo anestesiológico de rutina en pacientes con obesidad severa sometidos a endoscopía digestiva alta como parte de la evaluación preoperatoria para cirugía bariátrica.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos con un índice de masa corporal (IMC) 40 kg/m² sometidos a endoscopía digestiva alta durante la evaluación preoperatoria para cirugía bariátrica. La sedación moderada fue administrada por el endoscopista utilizando midazolam solo o en combinación con fentanilo. Se evaluaron las complicaciones respiratorias y hemodinámicas relacionadas con la sedación, la necesidad de intervenciones sobre la vía aérea, el requerimiento de asistencia anestesiológica y la tasa de finalización del procedimiento.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes. El IMC promedio fue de 49,4 kg/m² (rango: 40,0–69,7 kg/m²). La dosis promedio de midazolam fue de 5,5 mg (rango: 2–10 mg). El fentanilo se utilizó en 18 pacientes (18,9%). No se registraron complicaciones respiratorias ni hemodinámicas. Ningún paciente requirió manejo avanzado de la vía aérea, intervención anestesiológica ni hospitalización relacionada con el procedimiento. Un procedimiento (1,1%) debió suspenderse por intolerancia del paciente, alcanzándose una tasa global de finalización del 98,9%.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con obesidad severa, la endoscopía digestiva alta realizada bajo sedación moderada sin apoyo anestesiológico rutinario fue un procedimiento seguro y altamente factible. Estos hallazgos respaldan el uso de protocolos estandarizados de sedación en candidatos a cirugía bariátrica y sugieren que la participación sistemática del anestesiólogo podría no ser necesaria en pacientes cuidadosamente seleccionados.

Sedación Consciente; Obesidad Mórbida; Gastroscopía; Cirugía Bariátrica; Seguridad del Paciente.

#43 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL LIVERRISK SCORE PARA LA DETECCIÓN DE RIGIDEZ HEPÁTICA ELEVADA EN UNA COHORTE EVALUADA CON

ESTEBAN MAURICIO PARRA-VALENCIA[1], FERNANDO JOSÉ DESCALZI-ROJAS[2], ISABEL ALEJANDRA FLORES ORTEGA[3], NATALIA ANDREA BAEZA RADMILOVIC[2], DAYAN CHACÓN MORAO[2], JIMMY FERNANDO SANGA HERNÁNDEZ[2], SEBASTIÁN ALONSO CASTRO PAZ[4], CATALINA BARROS CASTILLO[2], CARLOS BENITEZ GAJARDO[2]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile. Hospital Las Higueras, Talcahuano.; [2]Pontificia Universidad Católica de Chile.; [3]Universidad de Concepción.; [4]Universidad Católica del Norte.

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-081

Introducción: Los tests no invasivos (NIT) permiten seleccionar a los pacientes que requieren medición de rigidez hepática mediante elastografía transitoria (VCTE), optimizando su uso según recomendaciones internacionales. Esta estrategia no ha sido validada en población chilena.

Objetivo: Evaluamos el rendimiento diagnóstico del LiverRisk Score (LRS), Fibrosis-4 Index (FIB-4) y Aspartate Aminotransferase-to-Platelet Ratio Index (APRI) para identificar pacientes que requieren VCTE en una cohorte de un centro terciario chileno.

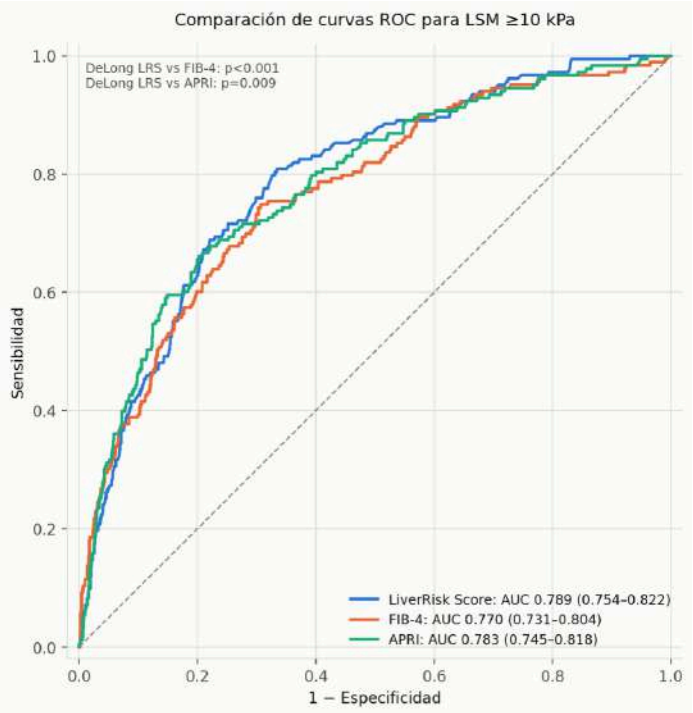
Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes atendidos en un centro terciario, en quienes se realizó medición de rigidez hepática mediante elastografía transitoria (VCTE; FibroScan). Se calcularon LiverRisk Score (LRS), FIB-4 y APRI para evaluar su capacidad de identificar rigidez hepática elevada (VCTE 10 kPa). El rendimiento diagnóstico se evaluó mediante área bajo la curva ROC (AUC-ROC), sensibilidad (Sen), especificidad (Esp), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y razones de verosimilitud (LR+ y LR). Se utilizaron los puntos de corte LRS <6, FIB-4 <1,3 y APRI <0,5.

Resultados: Se evaluaron 4.244 pacientes, de los cuales 1.149 contaban con información suficiente para el análisis. La mediana de edad fue de 58 años (48–66) y 470 (40,9%) eran hombres. La prevalencia de VCTE 10 kPa fue de 15,9% (183/1.149), con una mediana de LSM de 5,4 kPa (4,2–7,7). Las medianas de Aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT) y gamma-glutamil transferasa (GGT) fueron 32 (24–46), 38 (24–62) y 33 (19–75) UI/L, respectivamente; el recuento plaquetario fue de 221 ×10³/µL (176–269), la glucosa de 92 mg/dL (85–102) y el colesterol total de 177 mg/dL (148–202). El LRS presentó un AUC-ROC de 0,789 (IC95% 0,754–0,822), superior a FIB-4 (0,770; p<0,001) y APRI (0,783; p=0,009) (Figura 1). El rendimiento diagnóstico para los puntos de corte evaluados se presenta en la Tabla 1. Con un punto de corte 6, el LRS alcanzó una sensibilidad de 85,2% y un VPN de 95,2%. Con un

punto de corte <6, permitiría evitar potencialmente cerca del 49% de las VCTE, manteniendo una sensibilidad de 85,2% y un valor predictivo negativo de 95,2% para rigidez hepática 10 kPa.

Conclusión: En esta cohorte seleccionada de pacientes evaluados en un centro terciario, los tests no invasivos mostraron utilidad para identificar a aquellos con mayor probabilidad de presentar rigidez hepática elevada. Entre los NIT evaluados, el LiverRisk Score presentó el mejor rendimiento diagnóstico.

Figura 1. Comparación del rendimiento diagnóstico mediante curvas ROC de LiverRisk Score, FIB-4 y APRI para detectar rigidez hepática ?10 kPa.



Score	Corte	AUC-ROC (IC95%)	Sens.	Esp.	VPP	VPN	LR+	LR-
LRS	6	0.789 (0.754-0.822)	85.2%	55.3%	26.5%	95.2%	1.91	0.27
FIB-4	1.3	0.770 (0.731-0.804)	83.6%	48.1%	23.4%	93.9%	1.61	0.34
APRI	0.5	0.783 (0.745-0.818)	70.5%	73.6%	33.6%	92.9%	2.67	0.40

#44 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

ASOCIACIÓN DOSIS-DEPENDIENTE ENTRE EL POLIMORFISMO PNPLA3 RS738409 Y FIBROSIS AVANZADA EN ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA Y NO ESTEATÓSICA EN CHILE

GUSTAVO AYARES CAMPOS
Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-082

Introducción: El polimorfismo de nucleótido único rs738409 (I148M) del gen PNPLA3, variante frecuente en la población general, es el principal determinante genético de la enfermedad hepática esteatósica (EHE), pero su impacto en población chilena, con alta frecuencia del alelo de riesgo G, ha sido poco caracterizado.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el genotipo rs738409 y fibrosis avanzada en pacientes con EHE.

Métodos: Estudio transversal de pacientes evaluados para EHE (espectro MASLD–MetALD) evaluados en hepatología de la Red UC CHRISTUS y genotipificados para rs738409. Desenlace primario: fibrosis F3–F4 o cirrosis por biopsia, elastografía por FIBROSCAN® (F3 10,1–14 kPa; F4 >14 kPa) o diagnóstico clínico. Secundarios: cirrosis, FIB-4 ≥2,67 y esteatosis por CAP. Se usó regresión logística ajustada por edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), diabetes/resistencia insulínica y consumo de alcohol.

Resultados: Se incluyeron 328 pacientes genotipificados: CC 11,3%, CG 37,8% y GG 50,9% (frecuencia alélica G 0,70); edad 52,7±13,3 años; 59% mujeres. En 265 evaluables, la prevalencia de F3–F4 fue 0% en CC (0/28), 20,0% en CG y 29,6% en GG (p<0,001). Cada alelo G se asoció a fibrosis avanzada (OR ajustado 2,08; IC95% 1,14–4,08; p=0,016), con resultados concordantes para cirrosis (OR 1,93; 1,06–3,75), pacientes con estadificación (OR 2,16; 1,10–4,65) e imputación múltiple (OR 2,45; 1,41–4,24). El efecto fue similar con y sin consumo de alcohol (interacción p=0,27). No hubo asociación con esteatosis S2+ (OR 0,69; 0,34–1,36). La edad (OR 1,60 por década) y el IMC (OR 1,07 por kg/m²) fueron predictores independientes.

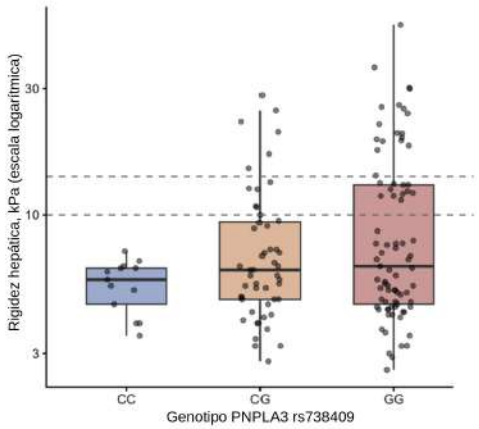
Conclusión: En esta cohorte chilena, el alelo G de PNPLA3 rs738409 se asocia con fibrosis avanzada en forma dosis-dependiente, independiente de factores metabólicos y del consumo de alcohol. Además mostramos una asociación con fibrosis en pacientes sin esteatosis. La genotipificación podría aportar a la estratificación de riesgo en EHE.

Tabla 1. Prevalencia de los desenlaces primario y secundarios según genotipo PNPLA3 rs738409.

Desenlace	Total	CC	CG	GG	Valor p*	p de tendencia†
Fibrosis avanzada (F3–F4), incluida cirrosis — desenlace primario	61/265 (23%)	0/28 (0%)	19/95 (20%)	42/142 (30%)	<0,001	<0,001
Cirrosis	55/265 (21%)	0/28 (0%)	17/95 (18%)	38/142 (27%)	0,001	0,001
F3–F4 en pacientes con estadificación por biopsia o ET	46/250 (18%)	0/27 (0%)	13/90 (14%)	33/133 (25%)	0,002	0,001
Esteatosis significativa (≥ S2 por CAP)	50/131 (38%)	7/13 (54%)	14/47 (30%)	29/71 (41%)	0,248	0,97
FIB-4 ≥ 2,67	27/257 (11%)	0/27 (0%)	8/90 (8,9%)	19/140 (14%)	0,073	0,032
FIB-4 ≥ 1,3	106/257 (41%)	10/27 (37%)	32/90 (36%)	64/140 (46%)	0,306	0,17

Datos expresados como n/N (%), donde N es el número de pacientes evaluables para cada desenlace. *Test exacto de Fisher comparando los tres genotipos. †Test de Cochran–Armitage para tendencia entre CC, CG y GG. Abreviaturas: CAP, parámetro de atenuación controlada; ET, elastografía transitoria controlada por vibración; FIB-4, índice Fibrosis-4.

Figura 1. Rigidez hepática por presencia de alelo.



#46 E-PÓSTER

DESARROLLO DE UN DISPOSITIVO POR IMPRESIÓN 3D PARA OPTIMIZAR EL ENSAYO DE SACO INTESTINAL EVERTIDO

JOHANA EYZAGUIRRE VELASQUEZ, MARCELA JULIO PIEPER, JAVIER BRAVO VIVALLO, RENATO PARDO VENEGAS
PUCV
https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-083

Introducción: El ensayo de saco intestinal evertido es un modelo ex vivo en el que se utiliza tejido de rata para evaluar permeabilidad intestinal y absorción de fármacos. Sin embargo, el modelo convencional presenta limitaciones críticas: daño tisular por eversión manual, y alta variabilidad inter-operador (CV>20%), lo que reduce su reproducibilidad y confiabilidad.

Objetivo: Desarrollar y validar un dispositivo biocompatible, reutilizable y estandarizado mediante impresión 3D que optimice el ensayo de saco intestinal evertido de rata.

Métodos: Se diseñó por CAD e imprimió en resina biocompatible (3D SLA) un dispositivo que permite la eversión, tomar múltiples muestras y la oxigenación interna del saco. Se comparó el modelo

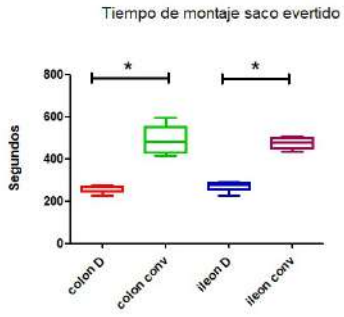
convencional vs. dispositivo utilizando intestino de ratas macho y hembra (colon e íleon). Se evaluó: 1) Tiempo de montaje, 2) Reproducibilidad (CV% de permeabilidad de FD4)

Resultados: El dispositivo reduce el daño de la mucosa por menor manipulación además genera una reducción en el tiempo de montaje del 40%, en hembras disminuye el CV a <15% en análisis de permeabilidad a FD4 en colon e íleon, mejorando significativamente el ensayo con dispositivo vs. método convencional (p<0.05).

Conclusión: Un dispositivo impreso en 3D puede estandarizar y optimizar el modelo de saco evertido, disminuyendo el volumen utilizado en la técnica, permite múltiples tomas de muestra, proporcionando una herramienta de bajo costo y alta reproducibilidad para estudios de absorción en gastroenterología.

Palabras clave: Permeabilidad, absorción intestinal, impresión tridimensional, técnica in vitro.

Tejido	Condición	n	DE	CV (%)
Colon	Con dispositivo	3	4.69	13.12%
Colon	Sin dispositivo	4	38.89	47.47%
Íleon	Con dispositivo	3	21.93	11.41%
Íleon	Sin dispositivo	5	37.33	47.41%



#50 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

PRESENCIA DEL ANTICUERPO ANTI RO-52 AISLADO Y SU ROL EN EL DIAGNÓSTICO EN LAS HEPATOPATÍAS AUTOINMUNES. ALGO PARA NO IGNORAR

FRANCO RODOLFO BORTOLAMEOLLI VILLAVICENCIO, CARMEN ENCARNACIÓN HURTADO HEIM, MÁXIMO JOSÉ CATTANEO BUTELER, ÁLVARO MIGUEL URZÚA MANCHEGO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-084

Introducción: El anticuerpo anti Ro-52 está presente en múltiples enfermedades sistémicas y hepatopatías como la hepatitis autoinmune (HAI), la colangitis biliar primaria (CBP) y el síndrome de sobreposición HAI/CBP, ya sea aisladamente o junto a otros autoanticuerpos, los que son parte de algoritmos diagnósticos de hepatopatías autoinmunes. Existe poca claridad de su rol diagnóstico.

Objetivos: Evaluar la presencia de hepatopatías autoinmunes (HAI, CBP, sobreposición HAI/CBP, colangitis esclerosante primaria (CEP)) en pacientes con resultado positivo para Ro-52 en forma aislada dentro del panel de enfermedades hepáticas autoinmunes.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en el periodo entre noviembre 2020 a agosto 2026 en pacientes que se hayan realizado un panel para enfermedades hepáticas autoinmunes por inmunoblot (EUROIMMUN, Alemania), con resultado positivo exclusivamente para Ro-52. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, inmunológicas e histopatológicas. Se calculó prevalencia para los diagnósticos clínicos e histológicos de estar disponibles. Las otras variables fueron descritas en medianas y rangos.

Resultados: Se revisaron un total de 2.173 paneles de enfermedades hepáticas autoinmunes, de los cuales 94 (4%) tenían solamente anti-Ro-52 positivo. Se disponía de datos en ficha clínica de 72 pacientes para su análisis. Del total analizado, 87% era mujeres, mediana de edad 61 años. Un 78% tenían anticuerpos antinucleares positivos por IFI. Un 28% (n=20) disponía de biopsia hepática. Un 44% tenía diagnóstico clínico de alguna hepatopatía autoinmune y un 22% quedó calificado sin diagnóstico. Del subgrupo biopsiado, el 70% tenía una hepatopatía autoinmune; 3 (15%) CBP, 5 (25%) sobreposición HAI/CBP, 5 (25%) HAI y 1 (5%) CEP.

Conclusión: La presencia de Ro-52 positivo de manera aislada en un panel de enfermedades hepáticas autoinmunes se correlacionó con una alta prevalencia de hepatopatía autoinmune diagnosticado por histología. Estos resultados invitan a no ignorar el hallazgo de un Ro-52 positivo en contexto de estudio de hepatopatía y considerar el estudio histológico para confirmar el correcto diagnóstico.

Palabras clave: Western inmunoblot, anticuerpos Ro-52, hepatitis autoinmune, colangitis biliar primaria

N = 72	
Edad en años, mediana (rango)	61 (22 - 95)
Sexo, n (%) Femenino Masculino	63 (87) 9 (12)
Perfil Hepático Bilirrubina total (mg/dL), mediana (rango) Fosfatasas alcalinas (U/L), mediana (rango) Gamma glutamil transferasa (U/L), mediana (rango) Glutámico-oxalacético transaminasa (U/L), mediana (rango) Glutámico-pirúvica transaminasa (U/L), mediana (rango)	**0,74 (0,1 – 6,93) 148 (38 – 854) 116 (10 – 1024) 48(18 – 1518) 48 (12 – 2121)**
Marcadores inmunológicos Anticuerpos antinucleares, n (%) Anticuerpos anti mitocondriales, n (%) Anticuerpos anti músculo liso, n (%) Inmunoglobulina G (mg/dL), mediana (rango) Inmunoglobulina M (mg/dL), mediana (rango)	56 (78) 4 (6) 8 (11) 1525 (657 – 3180) 113 (17 – 918)
Diagnósticos Clínicos, n(%) Colangitis biliar primaria (CBP) Hepatitis autoinmune (HAI) Sobreposición CBP/HAI Sobreposición HAI/Colangitits esclerosante primaria Enfermedad hepática esteatósica metabólica (MASLD) Daño hepático inducido por drogas (DILI) Hepatitis B crónica Cirrosis en estudio Colestasia en estudio Alteración de pruebas hepáticas en estudio Enfermedad hepática por Alcohol (ALD) Paraneoplásico Patología biliar	10 (14) 13 (18) 8 (11) 1 (2) 11 (15) 3 (4) 1 (1) 5 (7) 6 (8) 5 (7) 2 (3) 1 (1) 1 (1)
Comorbilidad autoinmune, n (%) Síndrome de Sicca Lupus eritematoso sistémico Esclerosis sistémica progresiva	9 (12) 7 (10) 1 (1)
Diagnósticos histológicos, n(%) CBP CBP/HAI HAI CEP DILI Cirrosis MASLD No concluyente	**20 (28) 3 (15) 5 (25) 5 (25) 1 (5) 1 (5) 1 (5) 2 (10) 2 (10)**

	Hepatopatía autoinmune	Sin hepatopatía autoinmune
Diagnóstico clínico (n=72), n (%)	32 (44)	40 (56)
Diagnóstico histológico (n=20), n (%)	14 (70)	6 (30)

#51 E-PÓSTER

BRECHAS DE COBERTURA EFECTIVA EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO EN LOS SERVICIOS DE SALUD CHILENOS 2010-2024: UN ESTUDIO ECOLÓGICO

RENÉ LAGOS BARRIOS[1], CRISTÓBAL CUADRADO NAHUM[1], ARNOLDO RIQUELME PÉREZ[2]

[1]Universidad de Chile; [2]Universidad Católica

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-085

Introducción: El cáncer gástrico (CG) es el quinto tumor maligno más diagnosticado en el mundo y Chile representa un punto crítico de alta mortalidad.

Objetivo: estimar la cobertura de dos políticas chilenas para prevenir el CG: la erradicación de Helicobácter pylori y el diagnóstico oportunista mediante endoscopía digestiva alta (EDA).

Métodos: Se realizó un estudio ecológico descriptivo en beneficiarios del seguro público (FONASA, ~80% de la población chilena) para el periodo 2010-2014. Se aplicó el marco de Cobertura Efectiva (CE) a nivel de servicios de salud, con los casos prevalentes de H. pylori y los casos incidentes de CG como la población objetivo. La capacidad disponible se midió considerando las consultas de gastroenterología y las EDA producidas; la utilización, mediante las garantías GES de tratamiento de H. pylori y de CG; y la cobertura efectiva de EDA, mediante la reducción del ratio de defunciones vs hospitalizaciones por CG. Se definieron clusters de riesgo según el nivel de incidencia de CG (bajo, medio, alto y muy alto) y se graficaron las

tendencias de la cobertura en cada uno.

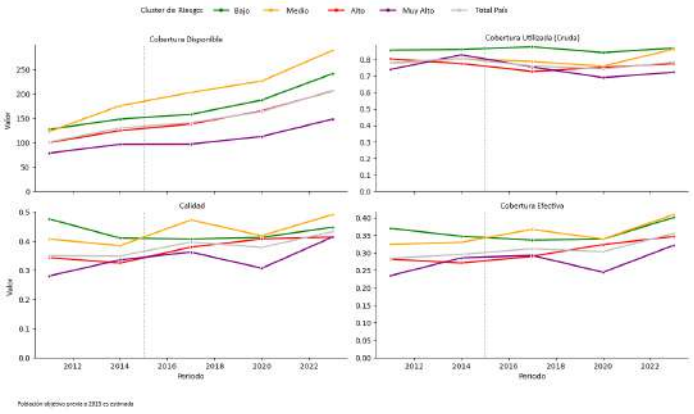
Resultados: a nivel nacional la cobertura cruda de EDA alcanzó 88% (IC 95%: 86%-91%) de la población objetivo, mientras que la cobertura efectiva alcanzó el 36% (IC 95%: 35%-37%), revelando una brecha sustancial entre el diagnóstico de CG y reducción de mortalidad de los casos tratados. Los servicios con mayor ruralidad y riesgo de CG tuvieron la mayor cobertura cruda de tratamiento de H. pylori, pero la menor cobertura cruda y efectiva de EDA; mientras que los centros metropolitanos concentraron la mayor cobertura cruda y efectiva de EDA. La cobertura cruda de tratamiento de H. pylori aumentó significativamente tras su incorporación al GES, pero la cobertura cruda de EDA permaneció estancada y la cobertura efectiva mostró una mejora mínima.

Discusión: Aunque la prevención primaria se ha focalizado en zonas de alto riesgo, existe una brecha persistente entre riesgo epidemiológico y prevención secundaria. El principal cuello de botella radica en traducir los esfuerzos diagnósticos en ganancias de salud. Chile debe transitar del diagnóstico oportunista tardío al triaje y vigilancia estratatificados por riesgo para aumentar la detección precoz de CG. El uso de datos administrativos es crucial para identificar inequidades territoriales y abordar las brechas de prevención.

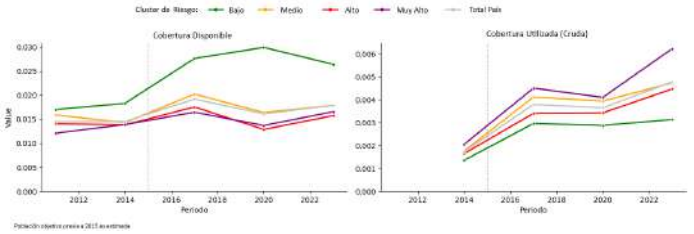
Palabras clave: Neoplasias Gástricas, Diagnóstico Precoz, Infecciones por Helicobacter, Programas de Tamizaje

Financiamiento: ANID-Subdirección de Capital Humano/Doctorado Nacional/2022-21220971 (RL), ANID FONDAP 152220002 (CC, AR, RL), FONDECYT 1230504 (AR), FONIS-ANID SA19I0188 (CC, AR).

Evolución de la cobertura de cribado endoscópico de cáncer gástrico por cluster de riesgo 2010-2024



Evolución de la cobertura de tratamiento de Helicobacter pylori por cluster de riesgo 2010-2024



#52 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE CHILENA

VANESSA MACARENA GÓMEZ GUERRA, MARCELA PAZ GAVILÁN FERNÁNDEZ, DANIELA MARÍA SIMIAN MARÍN, CAMILA ANDREA ESTAY HERNÁNDEZ, RENÉ ANDRES ROJAS BRAIN, CAMILA PAZ RIVEROS PALAPE, CAMILA ANGÉLICA MAULEN LLANCA, CRISTIAN ANDRÉS MONTENEGRO URBINA, EDITH PAOLA PÉREZ DE ARCE OÑATE

Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile.

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-086

Introducción: Las manifestaciones extraintestinales (MEI) son frecuentes en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y se asocian a mayor morbilidad y peor calidad de vida. La información local es limitada.

Objetivos: Determinar la prevalencia de las MEI en pacientes con EII e identificar los factores clínicos y demográficos asociados a su presencia.

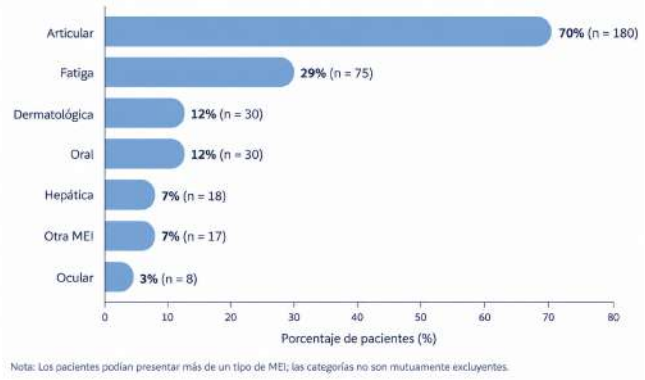
Métodos: Estudio analítico transversal de 661 pacientes con EII controlados en el Programa de EII entre 2022 y 2025. Los datos fueron extraídos desde el registro con fines de investigación en EII (REDCap). Se incluyeron características clínicas, demográficas y de tipo de MEI. Los pacientes con y sin MEI se compararon mediante test Chi-cuadrado, Fisher o Mann-Whitney según correspondiera. Los factores clínicos y demográficos se analizaron mediante regresión logística univariable y multivariable, expresando los resultados como odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% (IC95%), considerando significativo un valor de p<0,05.

Resultados: La prevalencia de MEI fue de 39% (IC95%: 35,2-42,7), siendo las más frecuentes la MEI articular (70%) y la fatiga (29%). Los pacientes con MEI presentaron mayor requerimiento de terapia avanzada (58 vs. 34%), uso de corticoides por crisis (45 vs. 27%), actividad clínica (37 vs. 17%) y calprotectina fecal (183 vs. 59 µg/g) (p<0,001 para todas). En el análisis multivariable se asociaron independientemente con MEI el sexo femenino (aOR 1,71; IC95%: 1,14-2,56; p=0,009), la terapia avanzada (aOR 2,02; IC95%: 1,32-3,07; p=0,001), uso de corticoides por crisis (aOR 1,63; IC95%: 1,07-2,50; p=0,022) y la actividad clínica (aOR 2,57; IC95%: 1,66-3,98; p<0,001).

Conclusión: Cuatro de diez pacientes con EII presentan MEI, las que se asocian de forma independiente a sexo femenino, mayor actividad de la enfermedad, uso de terapia avanzada y corticoides por crisis, reflejando un fenotipo de EII más severo.

Palabras clave: Enfermedades Inflamatorias del Intestino, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Inflamación.

Figura 1. Distribución de las manifestaciones extraintestinales (n = 257)



	MEI N = 257 (39%)	No MEI N = 404 (61%)	Valor p
Características sociodemográficas y clínicas			
Sexo Femenino Masculino	181 (70) 76 (30)	249 (62) 155 (38)	0,021
IMC, mediana (RIC) (n = 554)	25,5 (22,7 - 29,1)	26,5 (23,8 - 29,8)	0,060
Tipo de EII Colitis Ulcerosa Enfermedad de Crohn EII no clasificable	160 (62) 91 (36) 6 (2)	293 (70) 111 (27) 10 (3)	0,031*

Extensión CU (n = 299) Proctitis Colitis izquierda Colitis extensa	**22 (19) 31 (27) 62 (54)**	**39 (21) 52 (28) 93 (51)**	**0,841**
Localización EC (n = 110) Ileal Colónica Ileocolónica	14 (26) 25 (46) 15 (28)	12 (21) 29 (52) 15 (27)	0,813
Fenotipo EC (n = 110) Inflamatorio Estenosante Fistulizante Perianal	39 (72) 11 (20) 4 (7) 9 (18)	41 (73) 11 (20) 4 (7) 14 (25)	0,993 0,440
Actividad inflamatoria			
Calprotectina fecal (n = 331)	183 (52,5 - 628)	59 (19,5 - 185,5)	< 0,001
Actividad clínica (n = 605)	90 (37)	61 (17)	< 0,001
Marcadores de mayor gravedad clínica			
Hospitalización	100 (39)	122 (30)	0,021
Cirugía asociada a EII	31 (12)	45 (11)	0,717
Requerimiento de terapia avanzada (biológicos o molécula pequeña)	150 (58)	138 (34)	< 0,001
Requerimiento de corticoides por crisis	115 (45)	110 (27)	< 0,001

*Chi² calculado excluyendo EII no clasificable.

RIC: rango intercuartílico; EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal; CU: Colitis Ulcerosa; EC: Enfermedad de Crohn. Los porcentajes se calcularon sobre los pacientes con información disponible para cada variable.

#54 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

FALLA PRIMARIA Y SECUNDARIA DE LA TERAPIA ANTI-TNF EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL REGIONAL CHILENO

GONZALO ANDRÉS HENRÍQUEZ CONCHA[1], FRANCISCA VICTORIA SPULER ESPARZA[2], FERNANDA MARÍA JOSÉ HOFFSTETTER CASANOVA[2], JAVIERA PAZ HERRERA HEIM[2], BENJAMÍN ANTONIO HERRERO BÓRQUEZ[2], ESTEBAN IGNACIO HENRÍQUEZ VEJAR[2], BELEN SYLVIA DAPHNE GIACAMAN FONSECA[1], CARLOS ANDRÉS VALDEBENITO URIBE[1], BASTY LUCÍA SANHUEZA INOSTROZA[1], ROLANDO BENEDICTO SEPÚLVEDA CORTÉS[1]

[1]Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena; [2]Universidad de La Frontera

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-087

Introducción: La terapia anti-TNF ha modificado significativamente el manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). En Chile, el acceso a terapia biológica financiada mediante Ley Ricarte Soto garantiza acceso únicamente a la terapia anti-TNF. Sin embargo, una proporción relevante de pacientes presenta falla primaria o pérdida secundaria de respuesta, lo que limita la efectividad sostenida de esta estrategia.

Objetivos: Determinar la frecuencia de falla primaria y secundaria a anti-TNF, factores asociados, eventos adversos e impacto sobre hospitalizaciones y consultas de urgencia.

Métodos: Cohorte retrospectiva de 217 pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) o Colitis Ulcerosa (CU) tratados entre 2016 - 2025. Se realizaron análisis uni y multivariados, regresión logística y de Cox, y curvas de Kaplan-Meier.

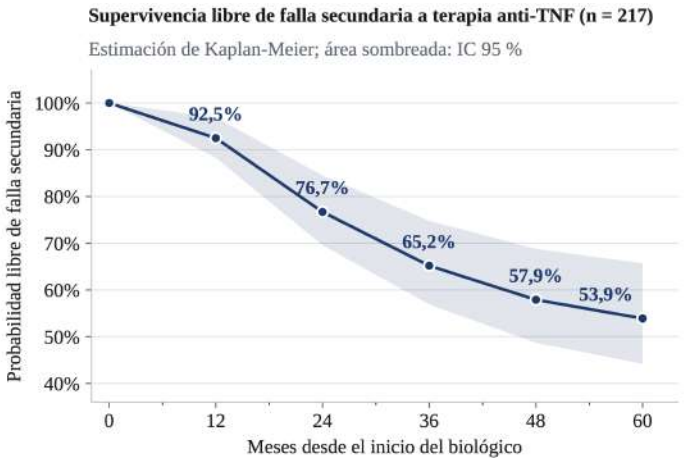
Resultados: Se incluyeron 217 pacientes, 161 (74%) tenía CU, la edad mediana 28,4 años y 60% eran mujeres. La falla primaria ocurrió en 31,7% y se asoció independientemente a sexo masculino (OR 2.31; IC95% 1,04–5,25; p = 0,042), edad al diagnóstico (OR 0.96; IC95% 0,96 – 1,00; p = 0,044) y tiempo de evolución (OR 0.90; IC95% 0,81 – 0,97; p= 0,018). La falla secundaria ocurrió en 54.5%. En EC, el fenotipo fistulizante se asoció a mayor riesgo de falla secundaria (HR 4.78; IC95% 1.38 – 16.53; p=0,013). La probabilidad mantenerse libre de falla secundaria fue de 53,9% a los 60 meses. Se registraron eventos adversos en 27 pacientes (12,4%), la variable estadísticamente significativa asociada fue la terapia inmunomoduladora concomitante (OR 2,40; IC95% 1,00-5,63; p=0.045). Tras iniciar terapia anti-TNF, disminuyeron las hospitalizaciones por EII (66,4% a 27,6%; p<0.001) y las consultas en servicio de urgencia (55,3% a 23%; p<0.001).

Conclusión: La falla primaria y secundaria a anti-TNF fue frecuente. Se identificaron factores asociados a falla terapéutica relevantes en la práctica clínica. La terapia anti-TNF mostró una reducción significativa del uso de recursos hospitalarios tras su inicio. Estos hallazgos respaldan el seguimiento estrecho de la respuesta y la necesidad de ampliar acceso a terapias con distintos mecanismos de acción.

Palabras clave: Inflammatory Bowel Diseases; Colitis, Ulcerative; Crohn Disease; Tumor Necrosis Factor Inhibitors

Variable	Colitis ulcerosa (N =161)	Enfermedad de Crohn (N =56)	Total (N= 217)	p value
Sexo femenino	96 (59.6%)	35 (62.5%)	131(60.4%)	0.826
Pueblo originario	24 (15.1%)	5 (8.9%)	29 (13.5%)	0.350
Edad al diagnóstico	28 (22, 35)	30 (23, 38)	28 (22, 36)	0.178
Edad inicio biológico	35 (26, 43)	36 (28, 50)	35 (26, 45)	0.101
Tiempo de evolución (años) hasta inicio de biológico	3.7 (1.4, 10.4)	4.9 (0.8, 12.5)	3.7 (1.4, 10.4)	0.514
Extensión CU Proctitis Colitis izquierda Colitis extensa	**20 (12.4%) 48 (29.8%) 93 (57.8%)**	**- - -**	**20 (12.4%) 48 (29.8%) 93 (57.8%)**	**-**
Localización EC Ileal Colónica Ileo-colónica	- - -	5 (9.1%) 28 (51%) 22 (40%)	5 (9.1%) 28 (51%) 22 (40%)	-
Fenotipo EC Inflamatorio Estenosante Penetrante	- - -	35 (62.5%) 15 (26.8%) 6 (10.7%)	35 (62.5%) 15 (26.8%) 6 (10.7%)	-
Enfermedad perianal	-	21 (17.1%)	21 (17.1%)	-
Compromiso GI Superior	-	3 (1.4%)	3 (1.4%)	-
Manifestaciones extraintestinales	74 (46%)	29 (52%)	103 (47.5%)	0.011
Cirugía previa	10 (6.2%)	26 (46.4%)	36 (16.7%)	<0.001
Apendicectomía	6 (3.7%)	1 (1.8%)	7 (3.2%)	0.680
Ant. Familiar de EII	18 (14%)	7 (15.9%)	25 (14.5%)	0.944
Tabaquismo No Suspendido Activo	116 (72.5%) 31 (19.4%) 13 (8.1%)	44 (78.6%) 7 (12.5%) 5 (8.9%)	160 (74.1%) 38 (17.6%) 18 (8.3%)	0.538
Tipo de biológico Adalimumab Infliximab Golimumab	100 (62.5%) 46 (28.7%) 14 (6.5%)	35 (62.5%) 21 (37.5%) 0 (0%)	135 (62.5%) 67 (31%) 14 (8.8%)	0.035
Fármacos previos a biológico Mesalazina Sulfasalazina Tiopurinas Metotrexato Corticoides	**142 (88%) 50 (31%) 127 (79%) 2 (1.2%) 146 (90.7%)**	**34 (60.7%) 16 (28.6%) 48 (85.7%) 2 (3.6%) 51 (91.1%)**	**176 (81%) 66 (30.4%) 175 (80.6%) 4 (1.8%) 197 (90.8%)**	**<0.001 0.858 0.358 0.274 1.000**
Indicación de biológico Inmunorefractaria Corticorefractaria Fistulas perianales EC grave EC con resección > 50 cm Recurrencia postquirúrgica Corticodependencia	84 (52.2%) 46 (21.2%) - - - - 43 (26.7%)	22 (39.3%) 5 (8.9%) 15 (26.8%) 24 (42.9%) 28 (14.9%) 2 (3.6%) 5 (8.9%)	106 (48.8%) 51 (23.5%) 15 (6.9%) 42 (11.1%) 28 (9.3%) 2 (0.9%) 48 (22.1%)	0.132 0.016 <0.001 <0.001 0.066 <0.001 0,01
Cirugía post biológico	8 (5%)	13 (25%)	21 (10%)	<0.001
Terapia intensificada	94 (61.8%)	28 (53.8%)	122 (59.8%)	0.395
Terapia combo	30 (22.1%)	14 (27.5%)	44 (23.5%)	0.561
Indice masa corporal (kg/m²)	26 (22.3, 30.8)	24.6 (20.7, 28.5)	25.5 (22.1, 29.9)	0.102
Hemoglobina (g/dL)	12.4 (10.1, 13.8)	12.3 (10.2, 13.5)	12.4 (9.7, 12.8)	0.544
Proteína C reactiva (mg/dL)	9.2 (1.5, 28,5)	10.5 (3.6, 25,6)	9.4 (2.2, 26.2)	0.336
Albúmina (g/dL)	4.2 (3.6, 4.6)	3.9 (3.6, 4.4)	4.2 (3.6, 4,5)	0.093
Calprotectina (µg/g)	729 (415, 1110)	736 (468, 1439)	729 (415, 1168)	0.584
Leucocitos (/mm³)	7780 (5750, 9830)	7380 (5180, 10977)	7500 (5530, 10110)	0.931

Curva de Kaplan-Meier Falla Secundaria



#56 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

"EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PRETRASPLANTE HEPÁTICO MEDIANTE GAMMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA Y SU ASOCIACIÓN CON EVENTOS CARDIOVASCULARES POSTOPERATORIOS"

PALOMA PEÑA GONZÁLEZ, TERESA MASSARDO VEGA, ALEJANDRO ROJAS FLORES, JUAN DUPOUY CORTES, JAIME PONIACHIK TELLER, SEBASTIÁN LEÓN ALARCÓN, RODRIGO MORENO SANTANA, HÉCTOR UGALDE PRIETO, ROCIO HIDALGO GONZÁLEZ

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-088

Introducción: La cirrosis hepática constituye una causa mayor de morbimortalidad, siendo el trasplante hepático (TH) terapia de elección para pacientes con enfermedad hepática terminal aguda o crónica. Las complicaciones cardiovasculares (CV) constituyen una causa principal de mortalidad post-TH, requiriendo estratificación de riesgo preoperatorio. La gammagrafía de perfusión miocárdica (GPM) surge como herramienta de evaluación no invasiva, aunque la evidencia sobre su utilidad pronóstica en candidatos a TH es limitada y heterogénea.

Objetivos: Evaluar asociación entre hallazgos de la GPM realizada durante la evaluación preoperatoria y la ocurrencia de eventos CV mayores (MACE) en periodo perioperatorio y durante el primer año posterior al TH, definidos como muerte de causa cardiaca, infarto miocardio (IM) no mortal y hospitalización de causa cardiaca no atribuible a IM.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva, en Hospital Clínico de Universidad de Chile (2020-2024). Se incluyeron candidatos a TH evaluados preoperatoriamente con SPECT con Tc-99m sestamibi. Se analizaron variables clinico-hepáticas (etiología, MELD y Child-Pugh), hallazgos gammagráficos (isquemia, necrosis, FEVI, motilidad y dilatación ventricular) y ocurrencia de MACE mediante revisión de fichas clínicas y registro civil, con seguimiento mínimo de un año post TH. Las variables de predicción fueron parámetros de la GPM y el perfil clínico-hepático basal; la variable de resultado fue la ocurrencia de MACE al primer año y en el seguimiento extendido post-TH.

Resultados: Se evaluaron 69 candidatos a TH, concretando trasplante en 24 pacientes (58,3±6,8 años; 75% hombres), con MASLD como etiología predominante (25%) y MELD-Na promedio de 23,6 ± 7,8 (ver Tabla 1). La GPM pre-TH resultó normal en 83.3% (n=20) y patológica en 16,7% (1 isquemia y 3 dilatación cavidad izquierda). El paciente con isquemia requirió stent a la arteria descendente anterior previo al TH. Al primer año post-TH, el 100% de los pacientes con GPM normal estuvo libre de MACE. La mortalidad a 1 año fue de 12.5% (n=3), todas de causa no CV. En el seguimiento tardío se registró un IM fatal a los 22 meses, en el paciente con isquemia preoperatoria.

Conclusiones: A pesar del número pequeño de pacientes de la cohorte, la GPM en nuestro medio confirma ser una herramienta confiable para la estratificación de riesgo preoperatorio en TH. Un estudio normal predice una baja tasa de eventos CV perioperatorios y al primer año, mientras que hallazgos patológicos permiten identificar un perfil de riesgo CV persistente que justifica seguimiento estrecho posterior.

Palabras clave: Cirrosis Hepática, Trasplante de Hígado, Imagen de Perfusión Miocárdica, Factores de Riesgo.

Tabla 1. Características de los pacientes sometidos a trasplante hepático (TH).

Tabla 1. Características de los pacientes sometidos a trasplante hepático (TH).

Características	Total de pacientes con TH (n = 24)	GPM normal (n = 20)	GPM hallazgos anormales (n = 4)
Edad al momento del trasplante hepático (años), media ± desviación estándar	58,3 ± 6,8 años	59,7 ± 6,4	
Género masculino, n (%)	18 (75%)	15 (75%)	3 (75%)
Género femenino, n (%)	6 (25%)	5 (25%)	1 (25%)
Factores de riesgo, n (%)			
Tabaquismo activo	1 (4,2%)	1 (5%)	0 (0,0)%
Diabetes mellitus	11 (45,8%)	10 (50%)	1 (25%)
Hipertensión	17 (70,8%)	14 (70%)	3 (75%)
Enfermedad renal crónica	5 (20,8%)	4 (20%)	1 (25%)
Etiología del daño hepático, n (%)			
Enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD)	6 (25%)	6 (30%)	0 (0,0)%
Hepatitis autoinmune (HAI)	1 (4.2%)	1 (5%)	0 (0,0)%
Cirrosis biliar primaria (CBP).	3 (12.5%)	2 (10%)	1 (25%)
Enfermedad hepática relacionada con el alcohol (EHA).	3 (12.5%)	1 (5%)	2 (50%)
Colangitis Esclerosante Primaria (CEP).	1 (4.2%)	1 (5%)	0 (0,0)%
Enfermedad poliquística hepática (EPH).	1 (4.2%)	1 (5%)	0 (0,0)%
Etiología combinada	9 (37.5%)	8 (40%)	1 (25%)
Child-Pugh Score, n (%)			
Clase A	5 (20,8%)	5 (25%)	0
Clase B	5 (20,8%)	5 (25%)	0
Clase C	14 (58.4%)	10 (50%)	4 (100%)
Puntuación MELD Na en la evaluación			
Media ± desviación estándar	23,6 ± 7,8	22,7 ± 7,3	28,5 ± 9,4
Categoría 1 (<10), n (%)	0 (0,0)%	0 (0,0)%	0 (0,0)%
Categoría 2 (10-19), n (%)	9 (37,5)%	8 (40%)	1 (25%)
Categoría 3 (20-29), n (%)	7 (29,2)%	6 (30%)	1 (25%)
Categoría 4 (30-39), n (%)	8 (33,3)%	6 (30%)	2 (50%)
Categoría 5 (>40), n (%)	0 (0,0)%	0 (0,0)%	0 (0,0)%

#57 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

LA SONDA XL PERMITE UNA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA FIABLE EN

NICOLÁS ORTIZ-LÓPEZ, JAIME PONIACHIK TELLER, MÁXIMO CATTANEO BUTELER, KATHERINE ROJAS ROMO, ÁLVARO URZÚA MANCHEGO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-089

Introducción: La obesidad es la principal limitación técnica que se atribuye a la elastografía de transición, y a la vez concentra el riesgo de enfermedad hepática esteatósica avanzada. Con el creciente uso de agonistas del receptor de GLP-1 y de cirugía bariátrica, evaluar a estos pacientes de forma no invasiva y fiable es prioritario.

Objetivo: Evaluar la factibilidad y la calidad de la elastografía hepática de transición con sonda XL en pacientes con obesidad grave y caracterizar sus hallazgos.

Método: Estudio retrospectivo a partir del registro prospectivo de elastografías hepáticas de nuestro centro, entre octubre de 2023 y agosto de 2026. Se incluyeron los pacientes adultos que consintieron participar en el registro, con su primer estudio. Se definió obesidad grave como IMC 35 kg/m², examen válido como aquel con IQR/mediana 30% y fibrosis significativa como LSM 8 kPa. Se comparó a los pacientes con obesidad grave con el resto mediante

Mann-Whitney y chi-cuadrado, y se evaluaron los factores asociados a fibrosis significativa con regresión logística ajustada por edad, sexo y diabetes.

Resultados: De 5.604 elastografías realizadas en 5.039 pacientes, 2.336 consintieron participar y 2.318 adultos contaban con IMC registrado; 282 (12,2%) tenían obesidad grave (73 con IMC 40), con edad mediana de 53 años (RIC 43–61), 64,1% mujeres y diabetes en 27,5%. Se empleó sonda XL en 97,1% frente a 68,2% del resto. El examen fue dificultoso en 46,4% vs 29,2% (p<0,001), principalmente por pared subcutánea gruesa (39,1% vs 5,9%). Pese a ello, la tasa de éxito fue idéntica: hubo medición válida en 97,9% frente a 97,7%, y la totalidad cumplió el criterio de calidad, con un IQR/mediana de 9% (RIC 6–11) frente a 8%. El LSM mediano fue 8,25 kPa (RIC 5,4–14,2) vs 5,6 kPa (p<0,001), con fibrosis significativa en 53,6% vs 27,6%, LSM 10 kPa en 38,8% y 15 kPa en 22,5%. La fibrosis significativa aumentó de 23,5% con IMC <25 a 47,3% con IMC 35–39,9 y 71,2% con IMC 40. En el modelo multivariado, el IMC se asoció a fibrosis significativa de forma independiente (OR 1,67 por 5 kg/m²; IC95% 1,50–1,86), junto con diabetes y edad.

Dentro del grupo con obesidad grave, la diabetes elevó la fibrosis significativa a 78,9% frente a 44,0% (p<0,001), y un FIB-4 <1,3 habría dejado sin evaluar a 14 de los 44 pacientes con LSM 8 kPa.

Conclusión: Con sonda XL, la obesidad grave no limita la elastografía: aunque el examen resulta más laborioso, la tasa de éxito y la calidad de las mediciones son equivalentes a las del resto. Es relevante porque se trata de la población de mayor riesgo: más de la mitad presenta fibrosis significativa, y más del 70% con IMC 40. La diabetes identifica al subgrupo de mayor riesgo y el FIB-4 no permite descartarlo con seguridad, por lo que estos pacientes deberían acceder directamente a elastografía con sonda XL.

Palabras clave: Elastografía hepática, obesidad, fibrosis hepática.

#58 E-PÓSTER

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA EDUCACIÓN Y EL

LILIAN FLORES PÉREZ., NICOLE PACHECO HERRERA, ANTONIA SANCHEZ TEPPER, JAVIERA ACHONDO ARAYA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-090

Introducción: La atención de pacientes con enfermedades digestivas requiere un enfoque multidisciplinario. En este modelo, la enfermera especialista cumple un rol clave en la educación, el seguimiento y la coordinación del cuidado. Sin embargo, existe información limitada sobre la percepción de los pacientes respecto a esta atención en centros de referencia

Objetivos: Describir la percepción y satisfacción de los pacientes respecto de la educación y el seguimiento proporcionados por enfermeras especialistas en gastroenterología.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en pacientes ambulatorios atendidos en los programas de Enf inflamatoria intestinal (EII), Neurogastro y Hepatología. Entre junio y agosto del 2026, se aplicó una encuesta compuesta por tres preguntas cuantitativas con escala de puntuación y una pregunta abierta. Como indicador de satisfacción, se utilizó el Índice Boca a Boca (IBB), que evalúa la disposición de los pacientes a recomendar la atención recibida. Se compara con misma encuesta año 2025. Se efectuó un análisis descriptivo de las respuestas cuali y cuantitativas.

Resultados: Respondieron la encuesta 483 pacientes. El 59,8% pertenecía al programa de (EII), con un IBB de 80% (aumento 4 puntos porcentuales respecto 2025); 22,4% a Neurogastro, con 72% (aumento 5 puntos porcentuales con respecto al año anterior); y a Hepatología, con 70% (+9 puntos porcentuales). En conjunto, estos tres programas alcanzaron un IBB global de 75%. (Figura 1)

Conclusión: Los pacientes mostraron una elevada disposición a recomendar la atención de enfermería, con una mejoría respecto del año anterior en los tres programas. Estos resultados respaldan el papel de la enfermera especialista como componente relevante del modelo de atención ambulatoria y fundamentan el fortalecimiento de esta estrategia y su posible implementación en otros programas y centros del país.

Palabras clave: Enfermería, Gastroenterología, Atención Ambulatoria, Satisfacción del Paciente.

#63 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

SÍNDROME VARIANTE DE HEPÁTITIS AUTOINMUNE-COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN EL SUR DE CHILE: DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN

DANIELA CAROLINA GARCÍA NICULQUEO, CAROLINA RUIZ ESPINOZA, MARYEL ANTONIA MARTÍNEZ PARRA, RAÚL ALEJANDRO MARTÍNEZ SOBARZO, LUIS FELIPE ALBERTO BUSTAMANTE HERRERA, ROLANDO SEPÚLVEDA CORTÉS, CHRISTIAN LARA ABARZÚA, RODRIGO ANTONIO FERNÁNDEZ MEZA, CARLOS VALDEBENITO URIBE, ADOLFO MEIER MORALES, BELEN GIACAMAN FONSECA

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-091

Introducción: El síndrome variante de hepatitis autoinmune y colangitis biliar primaria(HAI–CBP) representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su heterogeneidad y las limitaciones de los criterios diagnósticos disponibles. La evidencia sobre su manejo y evolución clínica es limitada, especialmente en poblaciones latinoamericanas.

Objetivos: Describir las características clínicas y evolutivas de pacientes con HAI–CBP, y valorar el cumplimiento de los criterios de París y su asociación con la evolución clínica.

Métodos: Cohorte retrospectiva, adultos con diagnóstico clínico de HAI–CBP atendidos en un hospital regional del sur de Chile entre 2014 y 2026, con 12meses de seguimiento. Se evaluó el cumplimiento de los criterios de París. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, inmunológicas, histológicas, imagenológicas, terapéuticas y evolutivas. Las variables categóricas se expresaron como n(%) y las continuas como media±DE o mediana (RIC), según distribución. Se aplicaron las pruebas exactas de Fisher, Wilcoxon y long-rank.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes: mediana al diagnóstico de 51 años (44–62), 94% mujeres, 25% rurales y 28% pertenecientes a pueblos originarios, 47% presentaba otra enfermedad autoinmune y 51% tenía cirrosis al diagnóstico. La mediana de MELD inicial fue 8(7–17). Durante el seguimiento, 2/21 pacientes(9,5%) presentaron descompensación hepática, uno recibió trasplante y tres fallecieron. Cinco casos fueron indeterminados por información insuficiente. De los 31 pacientes evaluables, 7 (22,6%; IC 95%: 9,6–41,1%) cumplieron criterios de París y 24 no. No hubo diferencias significativas entre grupos en variables demográficas, clínicas ni evolutivas.

Conclusión: Solo el 22,6% con diagnóstico clínico de síndrome variante HAI–CBP cumplió criterios de París. La frecuencia de cirrosis al diagnóstico y la discordancia entre el diagnóstico clínico y los criterios de Paris evidencian su complejidad diagnóstica. La información incompleta y los tratamientos previos deben considerarse al aplicar retrospectivamente estos criterios. Palabras clave: Autoimmune diseases; Hepatitis, Autoimmune; Liver Cirrhosis, Biliary.

Clasificación por criterios de Paris

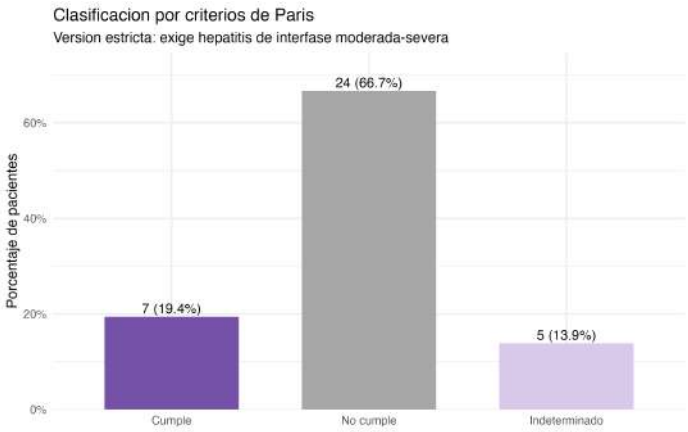


Tabla: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE PARÍS ESTRICTOS

Tabla 1. Comparación según criterios de París estrictos

Se incluyeron únicamente los 31 pacientes evaluables

Variable	Criterios de París estrictos: Cumple (n = 7)[1]	Criterios de París estrictos: No cumple (n = 24)[1]	p[2]
Edad al diagnóstico, años	47.0 (43.0–58.0)	53.5 (43.5–61.5)	0.36
Sexo femenino			>0.99
Masculino	0.0/7.0 (0.0%)	2.0/24.0 (8.3%)	
Femenino	7.0/7.0 (100.0%)	22.0/24.0 (91.7%)	
Residencia rural			0.64
Urbano	6.0/7.0 (85.7%)	16.0/24.0 (66.7%)	
Rural	1.0/7.0 (14.3%)	8.0/24.0 (33.3%)	
Pertenencia a pueblo originario			0.15
No	3.0/7.0 (42.9%)	19.0/24.0 (79.2%)	
Si	4.0/7.0 (57.1%)	5.0/24.0 (20.8%)	
Otra enfermedad autoinmune	2.0/7.0 (28.6%)	12.0/24.0 (50.0%)	0.41
Cirrosis al diagnóstico	4.0/7.0 (57.1%)	12.0/24.0 (50.0%)	>0.99
MELD inicial	8.0 (6.0–17.0)	8.0 (7.0–16.5)	0.59
Respuesta completa al tratamiento	4.0/7.0 (57.1%)	9.0/23.0 (39.1%)	0.67
Descompensación durante el seguimiento	0.0/5.0 (0.0%)	2.0/13.0 (15.4%)	>0.99
Trasplante hepático	0.0/7.0 (0.0%)	1.0/23.0 (4.3%)	>0.99
Fallecimiento	0.0/7.0 (0.0%)	2.0/24.0 (8.3%)	>0.99
Seguimiento, meses	71.0 (37.0–123.0)	70.5 (47.0–98.5)	0.74

[1] Median (Q1–Q3); n/N (%)
[2] Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test

Datos expresados como mediana (RIC) o n/N (%). Prueba de Wilcoxon para variables continuas y prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Análisis exploratorio.

#65 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

CARACTERIZACIÓN DE PÓLIPOS SERRADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO TERCIARIO: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS

FERNANDO ROMÁN ORTEGA, CONSTANZA OROZCO

UDD-CAS

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-092

Introducción: Los pólipos serrados (PS) participan en la carcinogénesis colorrectal y originan hasta el 30% de los cánceres esporádicos. Aunque la OMS los clasificó en cinco subtipos en 2019, su adopción es variable. En Chile, existen pocos datos sobre su tasa de detección (SDR) y perfil clínico-patológico.

Objetivos: Describir la tasa de detección, el perfil clínico-patológico y la aplicación de la nomenclatura WHO 2019 en pacientes con pólipos serrados detectados por colonoscopía en un hospital público durante el período 2023-2025.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se revisaron todas las colonoscopías con biopsia positiva para pólipo serrado realizadas en el Hospital Sótero del Río. Se excluyeron colonoscopías incompletas. Se calculó el SDR usando como denominador el total de colonoscopías del período (n=7.331). Los datos categóricos se presentan como frecuencia y porcentaje; los continuos como mediana y rango intercuartil. Se evaluó tendencia temporal del SDR mediante test Chi².

Resultados: Se identificaron 130 pacientes con pólipos serrados, mayoritariamente mujeres, con una edad media de 60,5 años. El 92% de las colonoscopías describen un Boston 6 (mediana 8) y 99% presenta tiempo de retiro 6 minutos (mediana 24 minutos). El SDR fue 1,77% y aumentó significativamente entre 2023 y 2025 (1,06% a 2,63%; p<0,001). Predominaron los pólipos hiperplásicos (57,7%) y lesiones serradas sésiles (18,5%). El 75,4% presentó pólipos proximales al sigmoides y el 76,2% de los informes utilizó correctamente la nomenclatura OMS 2019. El 22,3% cumplió criterios para síndrome poliposis serrada (SPS). Además, el 47,7% presentó adenomas y se detectaron 7 casos de adenocarcinoma sincrónico.

Conclusión: El SDR global está por debajo del mínimo recomendado internacionalmente (7%), aunque con tendencia significativa al alza. El 25% de los informes emplea nomenclatura no concordante con la OMS 2019. El presente estudio resalta la necesidad de mejorar la evaluación endoscópica y actualizar la nomenclatura patológica local para realizar el adecuado manejo y vigilancia.

Palabras clave: pólipos serrados; colonoscopía; tasa de detección; clasificación WHO 2019.

#68 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

TRASPLANTE HEPATICO EN FALLA HEPATICA AGUDA. HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO.

KATRINA LOLAS TORNQUIST[1], EDMUNDO MARTÍNEZ ESCALONA[2], ROLANDO REBOLLEDO ACEVEDO[2], BALNCA NORERO MUÑOZ[2], RODRIGO WOLF ROJAS[2], VIOLETA RIVAS PACHECO[2], JULIO BENITEZ PÉREZ[2], CRISTIAN DÍAZ MÉNDEZ[2], ERWIN BUCKEL SCHAFFNER[2], DANIEL GARCÍA ONETO[2], STEPHANIE RUBIO MUÑÓZ[1]

[1]PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE; [2]Hospital Dr. Sótero del Río

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-093

Introducción: La falla hepática aguda (FHA) es un síndrome infrecuente y de elevada mortalidad. Si bien algunos pacientes pueden presentar recuperación espontánea con tratamiento médico, el trasplante hepático (TH) constituye el tratamiento definitivo en pacientes seleccionados con elevada probabilidad de muerte sin trasplante. En muchas series de casos se describe una supervivencia post-TH al 1 y 5 año del 79% y 70% respectivamente. La etiología cambia de acuerdo con la región geográfica, siendo la intoxicación por paracetamol en países occidentales la más frecuente. Las características de los pacientes con esta entidad clínica, trasplantados en nuestro centro, no han sido caracterizadas hasta la fecha.

Objetivos: Establecer las características epidemiológicas, etiológicas, clínicas, paraclínicas y resultados en pacientes con FHA que fueron sometidos a TH, en el Hospital Sótero del Río entre mayo 2020 y agosto 2026.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, unicéntrico, realizado mediante la revisión de ficha clínica de paciente trasplantados por FHA (INR1,5, encefalopatía hepática, sin hepatopatía crónica previa, evolución 26 semanas) entre mayo 2020 y agosto 2026. Las variables continuas se expresaron como mediana [RIC] y las categóricas como frecuencias y porcentajes. La sobrevida postrasplante se estimó mediante Kaplan-Meier.

Resultados: De un total de 288 pacientes trasplantados hasta la fecha, 18 fueron por FHA (6,25%), de los cuales un 11% (2/18) fueron ABO incompatible. Edad mediana 49,5 años (16-66); 72,2% mujeres; grupo 0+ predominante (66,7%). La mediana del MELD fue 34 (RIC 30,25–38,25). La etiología autoinmune predominó ampliamente (55.5%; 10/18) sobre la indeterminada 22.2%; 4/18), toxico/farmacológica (11.1%), viral, paracetamol (5,6%) cada una respectivamente. Ameritaron ventilación mecánica invasiva pre-TH 11 pacientes (61.1%). El tiempo desde la inclusión en la lista de espera hasta el trasplante hepático presento una mediana de 2,5 días [RIC 2-6]. Se practico relaparotomía en el 16,7% de los casos. La Mortalidad post-trasplante (Kaplan-Meier): 17,0% a 30-90 días, 23,0% a 1 año.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes sometidos a TH por FHA, la etiología no paracetamol, y fundamentalmente autoinmune fue la predominante. El corto intervalo entre enlistamiento y TH destaca la urgencia de esta. La mortalidad post-trasplante estimada fue de 23% al año. La mortalidad se concentra en los primeros 30 días, con sobrevida global aceptable.

Palabras clave: Falla Hepática Aguda; Trasplante Hepático; Hepatitis Autoinmune; Análisis de Supervivencia.

#70 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

SERIE DE CASOS DE HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: RESULTADOS PRELIMINARES

EDUARDO MAURELIA ELGUETA[1], DANIEL ROA VELASCO[2], MARIA FERNANDA BELLO MARAMBIO[3], BERNARDED MENDEZ VALERA[1]

[1]Hospital Guillermo Grant Benavente; [2]Hospital Herminda Martin; [3]Universidad de Concepcion

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-094

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) pediátrica es una patología infrecuente que puede presentarse con inflamación severa o enfermedad hepática avanzada al momento del diagnóstico.

Objetivos: Caracterizar las manifestaciones clínicas, inmunológicas, histológicas y la respuesta terapéutica inicial en una cohorte de pacientes pediátricos con HAI.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo. Se incluyo pacientes menores de 18 años con diagnóstico confirmado de HAI en seguimiento durante el periodo 2025-2026 en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Guillermo Grant Benavente. Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, inmunológicas, hallazgos histológicos y respuesta al tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes, 5 de sexo femenino (83,3%), con una mediana de edad al diagnóstico de 10,5 años (rango 7-14). El debut clínico fue hepatitis aguda en 4/6 (66,7%), hipertransaminasemia asintomática en 1/6 (16,7%) y daño hepático crónico en 1/6 (16,7%). Todos cumplieron criterio de HAI definida según el puntaje simplificado (mediana 9,5; rango 8-12). Las medianas de ingreso fueron: ALT 749,5 U/L, AST 874,5 U/L, IgG 3.752,5 mg/dL y bilirrubina total 2,6 mg/dL. Los autoanticuerpos mostraron positividad para ANA en 5/6 (83,3%), ASMA en 3/6 (50,0%) y anti-LKM1 en 1/6 (16,7%). La biopsia hepática evidenció fibrosis avanzada (F3-F4) al diagnóstico en 2/6 (33,3%). El 100% recibió esquema de inducción con prednisona y azatioprina, logrando remisión bioquímica en una mediana de 4 meses (rango 1-6). Durante el seguimiento, 2/6 (33,3%) presentaron recaída (a los 6 y 14 meses). No se registraron eventos adversos graves asociados a la inmunosupresión.

Conclusión: En esta cohorte predominó el debut como hepatitis aguda y el sexo femenino, con elevada actividad bioquímica e hipergammaglobulinemia. La presencia de fibrosis avanzada al diagnóstico y la ocurrencia de recaídas reafirman la necesidad de un diagnóstico precoz y un monitoreo estrecho a largo plazo.

Palabras clave: Hepatitis Autoinmune, Pediatría, Inmunosupresores, Hepatología.

#71 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA POSTERIOR A TIPS: RELEVANCIA DEL TIPO DE ENCEFALOPATÍA PREVIA Y LA SEVERIDAD BASAL DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA

LARISSA ALEMAN FRANCO[1], LUIS SUBERO SILVA[2], PENÉLOPE ARTUS LEIGHTON[3], ANDREA RIVERA GUERRERO[3], DIEGO LONCHARIC CORVALAN[3], VALENTINA IP FRANCESCONI[3], VICTOR HENRIQUEZ AUBA[1], ÁLVARO URZÚA MANCHEGO[1]

[1]Hospital Clínico de la Universidad de Chile; [2]Hospital San Juan de Dios; [3]Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-095

Introducción: La encefalopatía hepática (EH) es una complicación frecuente del shunt portosistémico intrahepático transyugular (TIPS) y se asocia a mayor morbimortalidad. Aunque la EH previa se considera un factor de riesgo, existen escasos datos sobre el valor pronóstico de sus distintos fenotipos y la trayectoria temporal de la EH durante el primer año post-TIPS, lo que limita anticipar qué pacientes desarrollarán episodios clínicamente relevantes.

Objetivo: Describir la evolución de la EH durante el primer año post-TIPS y evaluar si el fenotipo clínico de EH previa se asocia a su desarrollo.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a TIPS en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (enero 2020- junio 2025). El desenlace primario fue EH clínica en los controles de 1, 3, 6 y 12 meses. Se utilizaron pruebas de Wilcoxon y exacta de Fisher, regresión logística de Firth, Kaplan-Meier y ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) por control.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes (mediana 67,5 años; 54% hombres; 75% por hemorragia variceal; MELD-Na mediano 12,5; seguimiento mediano 20 meses). Dieciséis (67%) desarrollaron EH en el primer año, 3 (13%) de grado III-IV. La prevalencia de EH fue 54% al mes, 33% a los 3 y 6 meses, y 6% a los 12 meses; 7 de 8 pacientes evaluables con EH al mes estaban libres de EH al año. Todos los pacientes con EH episódica previa (7/7) desarrollaron EH, frente al 57% sin EH previa y el 33% con EH mínima (p=0,065). El fenotipo episódico se asoció a menor supervivencia libre de EH a 12 meses (0% vs. 45%; log-rank p=0,031) y a mayor probabilidad de EH por control (OR 3,6; IC95% 1,2–11,2; p=0,026). Quienes desarrollaron EH tuvieron un MELD-Na basal más alto (17 vs. 10; p=0,018), sin diferencias en edad, Child-Pugh, FIPS ni parámetros hemodinámicos.

Conclusiones: La EH post-TIPS fue frecuente, pero predominantemente precoz, leve y transitoria. El antecedente de EH episódica y un MELD-Na basal más elevado identificaron a los pacientes con mayor riesgo tanto en incidencia acumulada como en supervivencia libre de EH y en la probabilidad de EH por control. Estos hallazgos sugieren que la caracterización fenotípica de la EH previa podría mejorar la selección de candidatos a TIPS y orientar estrategias de profilaxis y seguimiento más estrechas en el subgrupo de mayor riesgo. Dado el tamaño muestral reducido, estos resultados deben interpretarse como preliminares y ser confirmados en cohortes de mayor tamaño.

Palabras clave: Encefalopatía hepática; Derivación portosistémica intrahepática transyugular.

Figura 1. Evolución de la encefalopatía hepática tras TIPS

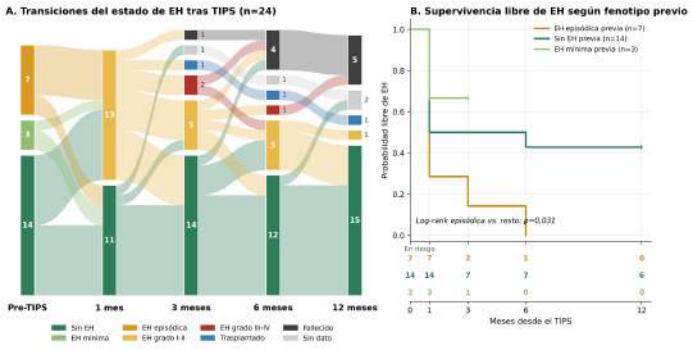


Tabla 1. Características basales según desarrollo de encefalopatía hepática en los primeros 12 meses post-TIPS

Tabla 1. Características basales según desarrollo de encefalopatía hepática en los primeros 12 meses post-TIPS

Variable	Total (n=24)	EH post-TIPS (n=16)	Sin EH post-TIPS (n=8)	p
Edad, años	67,5 (61,8 a 72,0)	67,5 (61,3 a 72,0)	67,0 (62,5 a 71,3)	0,878
Sexo masculino	13 (54%)	11 (69%)	2 (25%)	0,082
Etiología				0,662
MASLD/MetALD	13 (54%)	10 (63%)	3 (38%)	
VHC	4 (17%)	2 (13%)	2 (25%)	
Alcohol	3 (13%)	2 (13%)	1 (13%)	
Autoinmune (HAI/CBP)	3 (13%)	2 (13%)	1 (13%)	
Otra	1 (4%)	0 (0%)	1 (13%)	
Indicación del TIPS				0,530
Hemorragia variceal	18 (75%)	12 (75%)	6 (75%)	
Ascitis refractaria	5 (21%)	4 (25%)	1 (13%)	
Trombosis portal	1 (4%)	0 (0%)	1 (13%)	
Child-Pugh, puntos	7 (7 a 8)	8 (7 a 9)	7 (6 a 7)	0,092
MELD-Na	12,5 (10.0 a 18.5)	17.0 (12.0 a 20.0)	10.0 (8.0 a 11.0)	0,018
FIPS	−0,77 (−1,25 a 0,05)	−0,77 (−2,09 a −0,26)	−0,83 (−1,20 a 0,29)	0,528
Creatinina, mg/dL	0,64 (0,55 a 0,84)	0,64 (0,46 a 0,97)	0,66 (0,59 a 0,81)	0,646
Bilirrubina total, mg/dL	0,94 (0,77 a 1,59)	0,83 (0,67 a 1,84)	1,14 (0,89 a 1,35)	0,339
Sodio, mEq/L	137 (131 a 140)	134 (131 a 140)	137 (136 a 139)	0,443
Albúmina, g/dL	3,6 (2,8 a 3,8)	3,4 (2,6 a 3,7)	3,7 (3,4 a 3,8)	0,296
Ascitis previa	21 (88%)	14 (88%)	7 (88%)	1,000
Fenotipo de EH previa				0,065
Sin EH	14 (58%)	8 (50%)	6 (75%)	
Mínima	3 (13%)	1 (6%)	2 (25%)	
Episódica	7 (29%)	7 (44%)	0 (0%)	
Tratamiento para EH pre-TIPS*	8 (33%)	6 (38%)	2 (25%)	0,667
GPP pre-TIPS, mmHg	19,5 (15,3 a 23,0)	18,5 (15,0 a 20,8)	22,0 (18,3 a 23,3)	0,297
GPP post-TIPS, mmHg	7,0 (6,0 a 9,0)	7,0 (5,8 a 8,3)	7,5 (6,8 a 9,3)	0,454
GPP post-TIPS <12 mmHg	23 (96%)	15 (94%)	8 (100%)	1,000
Reducción del GPP ≥50%	20 (83%)	13 (81%)	7 (88%)	1,000
Diámetro del stent, mm	9,0 (8,0 a 10,0)	9,5 (8,0 a 10,0)	8,0 (8,0 a 10,0)	0,314

Datos expresados como mediana (rango intercuartílico) o n (%). Variables continuas: prueba de Wilcoxon; categóricas: prueba exacta de Fisher (Fisher-Freeman-Halton para más de dos categorías). *Catárticos y/o rifaximina. GPP: gradiente de presión portosistémica. FIPS: Freiburg Index of Post-TIPS Survival.

#74 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

PLASMAFÉRESIS COMO TERAPIA DE RESCATE DEL PRURITO REFRACTARIO EN EL SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN HAI/CBP: EXPERIENCIA HOSPITAL DEL SALVADOR

CLAUDIO ANTONIO JORQUERA ARREDONDO, ALLYSON CID ALCAYAGA, JUAN CARLOS BAUTISTA MOLLO, MARIA GABRIELA CABALLERO QUINTANA, GABRIEL ALEJANDRO MEZZANO PUENTES

HOSPITAL DEL SALVADOR

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-096

Introducción: El prurito refractario a tratamiento médico es una complicación severa de las enfermedades colestásicas crónicas, impacta la calidad de vida y constituye una indicación para trasplante hepático. Pacientes con disfunción hepática severa en lista de espera, el recambio plasmático terapéutico (plasmaféresis o PLEX) emerge como una estrategia de rescate temporal para la remoción de pruritógenos sistémicos y toxinas.

Objetivos: Describir la respuesta clínica - respecto al prurito y eficacia bioquímica a la colestasia secundaria a síndrome de sobreposición (HAI/CBP) con prurito refractario en los pacientes que recibieron PLEX.

Métodos: Serie de casos descriptiva, retrospectiva de 2 pacientes con Síndrome Sobreposición (HAI/CBP) prurito refractario. Revisan registros clínicos y de laboratorio del 2026. Se obtienen características, tratamientos y procedimientos recibidos, y efectos adversos. Prurito es evaluado con Itch Severity Scale (ISS) mediante recuerdo retrospectivo de los pacientes.

Registro valores individuales, promedios y medias de las variables, sin prueba de significancia estadística

Resultados: Incluyen dos mujeres de 37 y 54 años con HAI/CBP y prurito colestásico refractario, recibieron tres y cuatro sesiones de PLEX, respectivamente. Ambas con puntaje ISS basal de 21 puntos, refirieron disminución prurito del 50% y 70% post tratamiento, con recidiva progresiva durante el seguimiento. Exámenes de laboratorio evidenciaron una disminución de bilirrubina total, fosfatasa alcalina y GGT inmediata del 36,4%, 84,6% y 85,1%, respectivamente. Efectos adversos, se describe hipocalcemia, junto con hipokalemia, e hipotensión.

Conclusión: PLEX se asoció con mejoría del prurito y eventual mejora de calidad de vida en seguimiento, con reducción inicial de los marcadores de colestasis en pacientes descritos. Puede considerarse como opción terapéutica, como terapia puente a la espera de trasplante hepático.

Palabras clave: Hepatitis Autoinmune; Cirrosis Hepática Biliar; Prurito; Plasmaféresis.

Característica	Caso 1	Caso 2
Edad, años	37	54
Sexo	Femenino	Femenino
Enfermedad hepática	Sobreposición HAI/CBP con cirrosis descompensada	Sobreposición HAI/CBP
Comorbilidades	Anemia Ferropénica.	HTA, Sd Sjögren e insuficiencia pancreática exocrina. Colitis Ulcerosa
Tratamiento previo	AUDC 1000 mg/día bezafibrato 400 mg al día clorfenamina 4 mg noche v.o	AUDC 1.500 mg/día, bezafibrato 400 mg/día, budesonida 6 mg/día, pregabalina 150 mg/noche y levocetirizina
Sesiones de PLEX	3	4

Variable	Promedio pre-PLEX	Promedio post-PLEX inmediato	Promedio en seguimiento a aproximadamente 3 meses
Evaluación clínica			
Puntaje ISS	21	8	21
Reducción del ISS respecto al basal	—	61,9%	0%
Parámetros hematológicos			
Hemoglobina, g/dL	10,0	8,00	10,05
Leucocitos, células/µL	3.440	3.330	3.730
Plaquetas, células/µL	169.000	93.500	130.000
Perfil hepático y colestasis			
Bilirrubina total, mg/dL	5,55	3,50	5,60
Bilirrubina directa, mg/dL	3,17	2,31	3,21†
Fosfatasa alcalina, U/L	394,5	59,5	319,0
GGT, U/L	244,0	36,0	207,5
GOT/AST, U/L	128	43,5	114,5
GPT/ALT, U/L	66	22,5	61,5
Albúmina, g/dL	3,4	4,0	3,3
INR	0,97	1,87	0,99

#75 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

SWITCH DE INFLIXIMAB IV A SC EN CROHN: CALIDAD DE VIDA Y CONTROL PERCIBIDO

KARINA LUCERO ZEGERS, ADA CASCONE, GUSTAVO WALSEN, ALEX ARENAS ARAVENA

Clínica Alemana de Santiago

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-097

Introducción: La formulación subcutánea (SC) de infliximab (IFX) permite mantener la exposición terapéutica evitando la infusión endovenosa (EV). Más allá de la eficacia clínica, el impacto del cambio sobre la calidad de vida y la percepción del control de la enfermedad ha sido poco explorado en nuestro medio.

Objetivo: Evaluar el efecto del switch de IFX EV a SC sobre la calidad de vida (IBDQ-9), el control percibido de la enfermedad (IBD-Control-8) y la escala análoga visual (EAV) en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) en remisión clínica.

Material y método: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes con EC en tratamiento estable con IFX EV incorporados a un protocolo institucional de switch a IFX SC (120 mg o 240 mg cada 2 semanas). Se aplicó IBDQ-9 (rango 9–63) previo al switch y a las 12 semanas, junto con IBD-Control-8 (0–16) y EAV (0–100) post-switch. Se midieron niveles valle de IFX y anticuerpos anti-IFX. Comparación pareada mediante test de Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes con EC (edad mediana 50 años, rango 24–77); 11/13 recibían IFX EV cada 8 semanas y 2/13 cada 6 semanas. Siete pacientes completaron evaluación pareada. El IBDQ-9 aumentó de 48,6 ± 9,7 a 56,0 ± 3,7 puntos (medio +7,4; rango 2 a +19; p = 0,09), con mejoría o estabilidad en 6/7 pacientes. La proporción con IBDQ-9 50 pasó de 4/7 a 7/7. El IBD-Control-8 post-switch fue de 15,6 ± 0,5 puntos (mediana 16), con 7/7 pacientes sobre el umbral de buen control (13), y la EAV fue de 99,3 ± 1,9 (mediana 100). Los niveles de IFX post-switch fueron adecuados (mediana 9,2 µg/mL) sin desarrollo de anticuerpos. No hubo abandonos ni necesidad de retorno a la vía EV.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con EC, el switch de IFX EV a SC se asoció a mantención y tendencia a la mejoría de la calidad de vida, con un control de la enfermedad percibido como óptimo y niveles farmacológicos adecuados. Los resultados apoyan la seguridad y aceptabilidad del switch en la práctica clínica habitual, aunque el tamaño muestral limita la significancia estadística.

PROTOCOLO SWITCH												
N°			TTO ANTERIOR				TTO NUEVO					
	EDAD	DG	FARMACO	DOSIS	FREC.	IBDQ-9	FARMACO	DOSIS	FREC.	IBDQ-9	EII-CONTROL	Analogo
1	29a	EC	IFX EV	800 MG	8S	49 ptos	IFX SC	120 MG	2S	59 ptos	16 ptos	100
2	24a	EC	IFX EV	500 MG	8S	52 ptos	IFX SC	120 MG	2S	60 ptos	15 ptos	100
3	69a	EC	IFX EV	900 MG	8S	32 ptos	IFX SC	240 MG	2S	51 ptos	16 ptos	100
4	68a	EC	IFX EV	350 MG	8S	59 ptos	IFX SC	120 MG	2S	57 ptos	16 ptos	100
4	51 a	EC	IFX EV	800 MG	8S	52 ptos	IFX SC	120 MG	2S	52 ptos	15 ptos	100
6	54 a	EC	IFX EV	800 MG	8S	57 ptos	IFX SC	120 MG	2S	59 ptos	16 ptos	100
7	60 a	EC	IFX EV	300 MG	6S		IFX SC	120 MG	2S			
8	**32a**	**EC**	**IFX EV**	**350 MG**	**8S**	**39 ptos**	**IFX SC**	**120 MG**	**2S**	**54 ptos**	**15 ptos**	**95**
9	24a	EC	IFX EV	500 mg	6s		IFX SC	120 MG	2S			
10	77a	EC	IFX EV	500 mg	8s		IFX SC	240 MG	2S			
11	40a	EC	IFX EV	400 mg	8s		IFX SC	120 MG	2S			
12	44a	EC	IFX EV	500 mg	8s		IFX SC	240 mg	2s			
13	50	EC	IFX EV	350 mg	8s		IFX SC	120 mg	2s			

#76 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

ASOCIACIÓN DE AUTOANTICUERPOS ANTINUCLEARES Y ANTI-MÚSCULO LISO Y FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA METABÓLICA

PAULINA BELÉN BENÍTEZ OYARCE, VANESSA MACARENA GÓMEZ GUERRA, LÍA ISABEL CATALÁN NÚÑEZ, ÁLVARO MIGUEL URZÚA MANCHEGO

Hospital Clínico Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-098

Introducción: Los anticuerpos antinucleares (ANA) y anti-músculo liso (ASMA) son frecuentes en pacientes con enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) sin hepatitis autoinmune. Su significado clínico es controvertido: algunos estudios los asocian con mayor fibrosis y peores desenlaces hepáticos, mientras otros no demuestran diferencias. La evidencia latinoamericana es escasa y no existen datos nacionales sobre esta asociación.

Objetivos: Determinar la asociación entre ANA y/o ASMA positivos y la fibrosis hepática en adultos con MASLD.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes MASLD del biobanco de enfermedades hepáticas de nuestro centro, con ANA y/o ASMA disponibles. Se excluyeron pacientes con hepatitis autoinmune (HAI). Se compararon variables sociodemográficas, comorbilidades, función hepática y fibrosis determinada por Fibroscan entre pacientes con ANA y/o ASMA positivos vs negativos. Se consideró fibrosis avanzada a F3 – F4. Se realizó regresión logística para fibrosis avanzada, ajustada por edad, sexo, índice de masa corporal y diabetes mellitus.

Resultados: De los 326 pacientes incluidos en el biobanco, 162 cumplían con criterios MASLD, 86 de los cuales cumplieron los criterios de elegibilidad y fueron incluidos en el análisis; 40 (47%) presentaban ANA y/o ASMA positivos. La fibrosis avanzada se observó en 65% de los seropositivos y 67% de los negativos (p=0,815). La rigidez hepática fue 13,0 (RIC 7,3-21,0) versus 12,4 kPa (RIC 7,1-20,1; p=0,837). La positividad para ANA/ASMA no se asoció independientemente con fibrosis avanzada (ORa 0,60; IC95% 0,22-1,62; p=0,322). No se observaron diferencias en GOT (p=0,635) ni GPT (p=0,976).

Conclusión: En este grupo seleccionado de pacientes con MASLD, la positividad para ANA y/o ASMA fue frecuente, pero no se asoció a fibrosis avanzada determinada por elastografía. Estos hallazgos sugieren que la presencia de estos autoanticuerpos, en ausencia de HAI, no identifica necesariamente a pacientes con mayor carga de fibrosis; sin embargo, se requieren estudios con mayor tamaño muestral para precisar esta asociación.

Palabras clave: Enfermedad Hepática Esteatósica Asociada a Disfunción Metabólica; Autoanticuerpos; Fibrosis Hepática; Elastografía.

N = 86	ANA/ASMA positivos	ANA/ASMA negativos	Valor p
Sexo Femenino Masculino	25 (63) 15 (37)	29 (63) 17 (37)	0.959
Edad (mediana; RIC)	63 (56 – 68)	61.5 (57 – 69)	0.642
Comorbilidades HTA DM IR Obesidad Dislipidemia HCC	**19 (48) 2 (55) 8 (20) 15 (38) 9 (23) 3 (8)**	**24 (52) 22 (48) 11 (24) 13 (28) 9 (20) 2 (4)**	**0.665 0.507 0.663 0.362 0.739 0.494**
IMC (n = 83)	32.3 (28,1 – 37,1)	30,8 (27,3 – 33,6)	0.153
Exámenes de laboratorio GPT GGT GOT Bilirrubina (n = 79) Fosfatasas alcalinas (n = 79) INR (m = 69) Albúmina (n = 56) Hemoglobina (n = 74) Plaquetas (n = 75)	40,0 (30,0 – 72,0) 61,5 (31,3 – 131) 43,5 (32 – 58) 0,91 (0,6 – 1,15) 101,5 (87 – 147) 1,05 (1 – 1,4) 4,1 (3,7 – 4,4) 14 (13,1 – 15,3) 174 (87 – 244)	45,0 (30,0 – 57,0) 70 (33,5 – 132,5) 44 (33,5 – 51) 0,71 (0,54 – 1,12) 98 (80 – 132) 1,1 (1,0 – 1,2) 4,2 (4,0 – 4,6) 14,2 (13 – 14,9) 151 (96 – 228)	0,976 0.963 0.635 0.779 0.227 0.727 0.217 0.939 0.762
Fibrosis por elastografía kPa (mediana;RIC) Fibrosis avanzada Fibrosis significativa	13,0 (7,3 – 21,0) 26 (65) 30 (75)	12,4 (7,1 – 20,1) 31 (67) 35 (76)	0,837 0.815 0.907

RIC: rango intercuartílico; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; IR: insulinoresistencia; HCC: hepatocarcinoma; GPT:

transaminasa glutámico-piruvica; GGT: gamma-glutamil transferasa; GOT: transaminasa glutámico-oxalacética.

	OR (IC95%)	Valor p	aOR (IC95%)	Valor p
ANA/ASMA positivo	0.89 (0.36 – 2.20)	0.815	0.60 (0.22 – 1.62)	0.322
Edad	1.01 (0.97 – 1.05)	0.512	1.00 (0.96 – 1.05)	0.668
Sexo	1.50 (0.58 – 3.87)	0.399	1.77 (0.63 – 4.94)	0.275
IMC (n = 83)	**1.03 (0.94 – 1.13)**	**0.447**	**1.05 (0.95 – 1.16)**	**0.273**
DM	1.81 (0.73 – 4.48)	0.198	2.32 (0.87 – 6.22)	0.092

OR: odds ratio; aOR: odds ratio ajustado; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IMC: índice de masa corporal; DM: diabetes mellitus. El modelo multivariable fue ajustado por edad, sexo, IMC y diabetes mellitus (n = 83).

#78 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

RESULTADOS DE LA SEDACIÓN EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS DIGESTIVOS CON PROPOFOL POR PERSONAL NO ANESTESIÓLOGO.

MAGDALENA FRANCISCA HERNÁNDEZ ARJONA[1], CAROLINA ANDREA DELGADO CHÁVEZ[2], FERNANDA PAULINA BERTIN VILLEGAS[1], FLORENCIA ANTONIA BUSTOS ALVAREZ[1], CAMILA MACARENA ROJAS CAMPILLAY[1], ALONSO ANDRÉS SÁEZ BIZAMA[2], PAULINA ANGÉLICA CONTRERAS PAVEZ[2], GUSTAVO ANTONIO DELGADO VARGAS[2], CARLOS ROBERTO VALENZUELA VALENZUELA[2], BENITO JOSE GUTIERREZ SACA[2]

[1]Residente de Medicina Interna, Universidad de Concepción, Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile.; [2]Gastroenterólogo/a endoscopista, Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile.

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-099

Introducción: La sedación facilita la realización de procedimientos endoscópicos. El propofol es utilizado por su rápido inicio y corta duración, aunque requiere adecuada monitorización. En Chile, su administración por personal no anestesiólogo (NAAP) no cuenta con regulación específica. Nuestra unidad utiliza este modelo, motivando la evaluación de los eventos adversos asociados.

Objetivos: Describir las características clínicas, dosis, frecuencia y tipo de eventos adversos en pacientes sometidos a endoscopía digestiva alta (EDA) y baja con uso de propofol para sedación administrada por NAAP en el Hospital las Higueras.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 730 procedimientos realizados entre junio y agosto de 2026, excluyéndose 191 registros incompletos. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, dosis de propofol y eventos adversos. Las variables continuas se expresaron como mediana o media y las categóricas como n (%). Se realizaron comparaciones y análisis multivariado, considerándose significativo $p<0,05$.

Resultados: Se incluyeron 539 procedimientos: 387 EDA (72%) y 152 colonoscopías (28%). La edad fue 62 ± 15 años, 61% fueron mujeres y la mediana de IMC 29 kg/m². Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (55%) y DM (33%). La mediana de dosis de propofol fue 150 mg (2,0 mg/kg), siendo mayor en colonoscopía que en EDA (200 vs 130 mg). Se registraron eventos adversos en 102 procedimientos (19%), principalmente hipoxemia transitoria (13%), severa en 5,2%; hipotensión (4%) y bradicardia (1,3%), los que se resolvieron con medidas simples sin intubaciones ni muerte. El 99,6% presentó Aldrete 9 al alta. La edad 65 años es factor independiente de eventos adversos (OR 2,12; IC95% 1,30–3,48) y de hipoxemia (OR 2,45; IC95% 1,36–4,44).

Conclusión: La sedación con propofol administrada por NAAP presentó eventos adversos en 1 de cada 5 procedimientos, siendo principalmente respiratorios, sin complicaciones mayores y con recuperación completa de los pacientes. La edad 65 años se asoció a mayor riesgo de eventos adversos, independiente de la dosis. Estos resultados apoyan la factibilidad de este modelo bajo monitorización continua, personal entrenado y protocolos institucionales.

Palabras clave: Endoscopía Gastrointestinal; Sedación Procedimental; Propofol.

#79 E-PÓSTER

18F-FDG PET/CT ANTE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA Y EVALUACIÓN DE EXTENSIÓN DEL CÁNCER GASTROESOFÁGICO: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

MATIAS DEVIA GUERRERO, ALEJANDRO ROJAS FLORES, TERESSA MASSARDO VEGA, JUAN DUPOUY, SEBASTIAN LEON, ROCÍO HIDALGO GONZÁLEZ, SCARLETT VALENZUELA GODOY, RODRIGO MORENO SANTANA, DIEGO PALMA ROJAS, PALOMA PEÑA GONZALEZ, DANIEL SAAVEDRA ASTUDILLO, PAMELA PADILLA, FRANCISCA ARAYA CAMPOS

HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-100

Introducción: El FDG PET/CT tiene papel establecido en la estadificación, evaluación de respuesta terapéutica y detección de recurrencia del cáncer gastroesofágico. Sin embargo, en la práctica actual, se solicita ante sospecha de neoplasia sin biopsia disponible. Esto representa una aplicación no recomendada sistemáticamente, considerando, además. que el adenocarcinoma en anillo de sello presenta metabolismo glucídico variable.

Objetivo: Describir el aporte clínico del FDG en 3 escenarios del cáncer gastroesofágico: estadificación inicial, evaluación de respuesta, sospecha de recaída, y en sospecha diagnóstica sin biopsia definitiva. También, conocer impacto en conducta terapéutica.

Métodos: Estudio retrospectivo de 45 pacientes, 25 hombres, de 37-88 años, con 61 PET-FDG por sospecha o diagnóstico de neoplasia de esófago, unión gastroesofágica (UGE) o estómago. Fueron categorizaron en: estadificación inicial (n=28); evaluación de respuesta o sospecha de recaída (n=26) y sospecha diagnóstica (n=7). Se evaluó impacto en la conducta terapéutica.

Resultados: De 61 estudios, 41(+), 11(-) y 9 indeterminados. Hubo 27 lesiones esofágicas, 11 de UGE y 8 gástricas; con 16 carcinomas escamosos, 25 adenocarcinomas (6 anillo de sello) y 4 inflamatorios. La captación en lesiones 1° o 2° en anillo de sello tuvo SUVmax: entre 5.2-33.8 y las inflamatorias 3.2-4.6.

En estadificación y reestadificación, el FDG confirmó ausencia de metástasis en 8/28(29%), identificó compromiso ganglionar en 14/28(50%) y a distancia en 6/28(21%). En respuesta terapéutica (4/26; 15.4%), 2 pacientes progresaron a M1 y 2 pasaron a N0.

En sospecha diagnóstica, el FDG mostró hipermetabolismo compatible con neoplasia en 2/7, confirmados como carcinomas espinocelulares; los restantes, no fueron sugerentes de neoplasia, con biopsias inflamatorias en 4/5. Entre los con información posterior, FDG se asoció a modificación de conducta en 25/38(65%).

Conclusión: Confirmamos que FDG en tumores gastroesofágicos tiene valor en las indicaciones reconocidas. En sospecha diagnóstica tiene utilidad como técnica no invasiva para seleccionar biopsia, y/o reducir procedimientos.

#80 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

LA RIGIDEZ HEPÁTICA BASAL NO PREDICE RESPUESTA BIOQUÍMICA COMPLETA EN HAI SIN TRATAMIENTO PREVIO

LEONARDO CALABRANO DELIS, ALEXIS GUZMAN, SEBASTIAN CARRASCO, FELIPE MATUS, BENJAMIN CHAHUÁN, JAIME PONIACHIK, ÁLVARO URZÚA, DANIELA SIMIAN

Hospital Clinico Universidad de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-101

Introducción: La elastografía hepática estima fibrosis de forma no invasiva en hepatitis autoinmune; sin embargo, su valor para predecir respuesta bioquímica al tratamiento es incierto, especialmente en presencia de inflamación activa.

Objetivo: Evaluar si la rigidez hepática basal se asocia con respuesta bioquímica completa en pacientes con hepatitis autoinmune sin tratamiento previo.

Métodos: Cohorte retrospectiva de 42 pacientes atendidos entre 2017 y 2025 en un centro terciario, con biopsia hepática, elastografía basal y seguimiento bioquímico. La respuesta completa se definió como normalización de AST, ALT e inmunoglobulina G a seis meses. Se comparó rigidez según método de medición y puntos de corte predefinidos; además, se evaluó su rendimiento frente a fibrosis histológica avanzada.

Resultados: Dieciocho pacientes (43%) alcanzaron respuesta completa y veinticuatro (57%) no la alcanzaron. La rigidez basal no difirió entre grupos: ARFI 10,65 versus 11,57 kPa (p=0,625) y FibroScan 13,5 versus 19,3 kPa (p=0,565). La fibrosis avanzada basal también fue similar: 14/18 (78%) versus 19/24 (79%) (p=0,914). La elastografía se asoció con fibrosis histológica F3-F4 (OR 9,3), con sensibilidad 92,3%, especificidad 43,8%, VPP 73% y VPN 78%. Los falsos positivos tuvieron mayor actividad inflamatoria que los verdaderos positivos: AST 581 versus 79 U/L (p=0,006), ALT 703 versus 66 U/L

(p=0,002) e IgG 2440 versus 1975 mg/dL (p=0,055).

Conclusión: La elastografía basal no predijo respuesta bioquímica completa, pero identifica fibrosis avanzada con elevada sensibilidad, aunque sobrestimándola en pacientes con mayor actividad inflamatoria basal.

Palabras clave: Hepatitis Autoinmune, Elastografía, Resultados del tratamiento.

	Total N = 42	Respuesta completa N = 18 (43%)	Respuesta parcial o sin respuesta N = 24 (57%)	Valor p
Método de evaluación ARFI Fibroscan	17 (40) 25 (60)	7 (39) 11 (61)	10 (42) 14 (58)	0,856
Rigidez hepática kPa ARFI Fibroscan	11,54 (4,8 – 23) 16,7 (5,9 – 45)	10,65 (6,3 -23) 13,5 (5,9 – 36.6)	11,57 (4,8 – 17,6) 19,3 (6,7 – 45)	0,625 0,565
Grado de fibrosis hepática F0 F1 F2 F3 F4	**1 (2) 4 (10) 4 (10) 12 (29) 21 (50)**	**0 (0) 2 (11) 2 (11) 6 (33) 8 (44)**	**1 (4) 2 (8) 2 (8) 6 (25) 13 (54)**	**0,851**
Fibrosis avanzada	33 (79)	14 (79)	19 (79)	0,914
Fibrosis según corte	20 (48)	9 (50)	11 (46)	0,789

Valores de corte de fibrosis: > 10 kPa con Fibroscan y > 13 kPa con ARFI.

Fibrosis basal por Elastografía hepática	Fibrosis avanzada por histología (F3 – F4) N = 26 (62%)	Sin fibrosis avanzada por histología (F0 – F2) N = 16 (38%)	Valor p
F3 – F4 F0 – F2	24 (92%) 2 (8%)	9 (56%) 7 (44%)	0,016

#86 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS Y ASCITIS REFRACTARIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE CHILE

HORACIO MIGUEL TORRES QUITRAL, THERIUS GELIN, MIGUEL GUERRA ARAYA, JUAN CARLOS SAID ROJAS, NICOLÁS LAMA ARRIAGADA, EDMUNDO ARAVENA TORRES, JENIREE CHACON ROMERO, FERNANDA MATAMALA GONZÁLEZ, ELIZABETH ARRIAGADA HERNÁNDEZ

Hospital San Borja Arriarán

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-102

Introducción: La ascitis refractaria, definida por el International Club of Ascites como aquella que no responde o recurre pese al tratamiento médico, se asocia a elevada mortalidad. La paracentesis evacuadora seriada constituye el principal tratamiento paliativo cuando no existe acceso a TIPS (shunt portosistémico intrahepático transyugular) o trasplante hepático.

Objetivos: Determinar factores clínicos y bioquímicos asociados a mortalidad en cirrosis con ascitis refractaria.

Método: LOGÍA: Cohorte retrospectiva de 39 adultos con cirrosis y ascitis refractaria en un programa de paracentesis seriadas, con fecha índice en la primera paracentesis. La supervivencia se estimó mediante Kaplan-Meier y los predictores independientes mediante Cox uni/multivariable, con TIPS y trasplante como riesgos competidores (Aalen-Johansen).

Resultados: La mediana de edad fue 64 años y el MELD-Na basal 18 (RIC 15–22); 32,4% tenían Child-Pugh C. Se registraron 22 muertes (56,4%) durante el seguimiento (mediana de supervivencia: 279 días). En el análisis univariable, MELD-Na (y sus componentes bilirrubina e INR), Child-Pugh y hepatocarcinoma previo se asociaron con mayor mortalidad (p<0,05 todos). En el análisis multivariable, el MELD-Na se mantuvo como predictor independiente (HR ajustado 1,19, IC95% 1,07–1,32; p0,001), mientras que el antecedente de hepatocarcinoma (HR univariable 3,19, IC95% 1,08–9,44; p=0,036) no mantuvo significación (p=0,055). La principal causa de muerte fue la falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, 31,8%), seguida de hemorragia digestiva y sepsis.

Conclusión: El MELD-Na basal fue el principal factor asociado a mortalidad en esta cohorte, apoyando su utilidad para identificar candidatos a evaluación precoz de terapias definitivas. Estos hallazgos son exploratorios, dado el tamaño muestral, y requieren validación en cohortes mayores.

Palabras clave: Cirrosis hepática; Ascitis; Paracentesis.

#88 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA: REVISIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE 14 AÑOS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO

MATIAS RIOS DIAZ, LARISSA VIVIANA ALEMAN FRANCO, EDITH PAOLA PÉREZ DE ARCE OÑATE, ÁLVARO MIGUEL URZÚA MANCHEGO, CAMILA ANDREA ESTAY HERNÁNDEZ, DANIELA MARÍA SIMIAN MARÍN, JAIME MELCHOR PONIACHIK TELLER

Sección Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-103

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad infrecuente cuyo diagnóstico se basa en hallazgos colangiográficos, exclusión de causas secundarias y, en casos seleccionados, biopsia hepática. Se asocia con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), especialmente a colitis ulcerosa.

Objetivos: Caracterizar clínica, bioquímica, radiológica e histológicamente a pacientes con CEP.

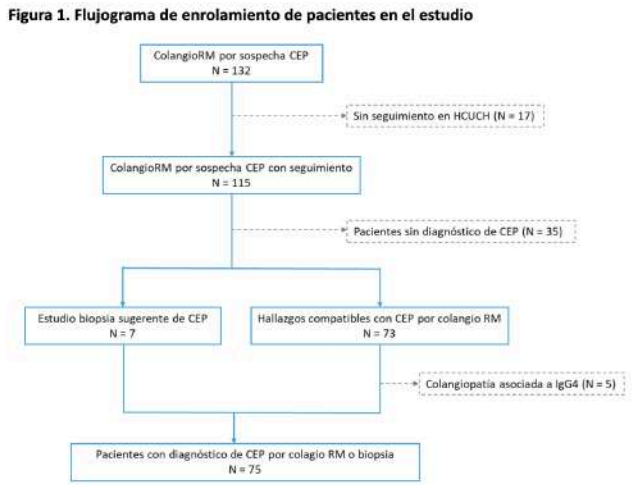
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. A partir de solicitudes de colangioresonancia y/o informes histopatológicos compatibles con CEP, se caracterizaron pacientes con diagnóstico confirmado, evaluados entre junio de 2011 y abril de 2025.

Resultados: Se registraron 73 hallazgos imagenológicos concordantes y se excluyeron 5 pacientes con colangiopatía relacionada con inmunoglobulina G4 (IgG4). De 24 biopsias hepáticas, 16 mostraron fibrosis periductal diagnóstica de CEP, además el 46% presentaba anticuerpos antinucleares positivos. Al diagnóstico, el 43% estaba asintomático y el 35% presentó hallazgos elastográficos compatibles con fibrosis avanzada (F3/F4). El 26,5% tenía EII; de estos, el 76% correspondía a colitis ulcerosa. Se identificaron 10 casos de síndrome de sobreposición, siendo el 60% en asociación con colangitis biliar primaria. Las principales complicaciones fueron colangitis infecciosa (17%), osteoporosis (12%) y neoplasias (11%), incluidos 4 casos de colangiocarcinoma. Cuatro pacientes recibieron trasplante hepático, con recurrencia en uno de ellos.

Conclusión: La alta prevalencia de pacientes asintomáticos, respalda la inclusión de colangioresonancia en el estudio etiológico de colestasis. Destaca la alta frecuencia de anticuerpos antinucleares positivos además del porcentaje de fibrosis avanzada al diagnóstico, que podría sugerir diagnóstico tardío. La CEP se asoció fuertemente a colitis ulcerosa, lo que hace necesario su búsqueda dirigida.

Palabras clave: Colangitis Esclerosante; Enfermedades Inflamatorias del Intestino; Colitis Ulcerosa; Colangiocarcinoma.

Figura 1. Flujograma de enrolamiento de pacientes en el estudio



#89 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

PERFIL CLÍNICO Y MORTALIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADA Y ACLF EN UNA UNIDAD DE TRATAMIENTOS INTERMEDIOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

CONSTANZA ALEJANDRA OROZCO SOTO[1], CARMEN ALEJANDRA GINESTA FRINGS[2], ANDREA PATRICIA JIMENEZ HERLITZ[3], RODRIGO ZAPATA LARRAIN[3], MIGUEL ALONSO BUSTAMANTE CARTAGENA[4], ANTONIA GUZMÁN DI GIAMMARINO[4], JULIETA RAFAELA DE LA CUADRA COPETTA[4]

[1]Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo; [2]Clinica Alemana de Santiago. Hospital Padre Hurtado.; [3]Clinica Alemana de Santiago; [4]Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-104

Introducción: El Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF) es una descompensación aguda de cirrosis con disfunción multiorgánica y alta mortalidad (Mt), definido por EASL-CLIF a partir de CANONIC (Gastroenterology, 2013). En Chile la evidencia proviene de centros con trasplante hepático; su caracterización en hospitales públicos sin trasplante local está menos documentada.

Objetivo: Caracterizar pacientes con DHC descompensado y ACLF en Unidad de Tratamientos Intermedios (UTI) de un hospital público chileno, describir su Mt hospitalaria y a 3 meses, y contrastarla con CANONIC.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Pacientes >18 años con DHC descompensado ingresados a UTI entre enero 2025 y marzo 2026. Se calculó MELD-Na, CLIF-OF, CLIF-C ACLF y grado ACLF. Mt acumulada UTI, hospitalaria y a 3 meses. Comparación con CANONIC. Se excluyeron pacientes con registros incompletos.

Resultados: 58 pacientes; edad media 64 años, 71% hombres. Cirrosis conocida 84%. Etiología: alcohol 36%, no definida 24%, mixta 14%, MASLD 10%, MetALD (MASLD+OH) 9%; "mixta" para combinaciones distintas a MetALD. Descompensante principal: infección (45%) y hemorragia digestiva (19%). Al ingreso MELD-Na 20, CLIF-C ACLF 52. ACLF en 43/58 (74%): ACLF-1 n=10, ACLF-2 n=24, ACLF-3 n=9. Soportes: vasopresores 81%, ventilación mecánica 49%, terapia reemplazo renal 17%.

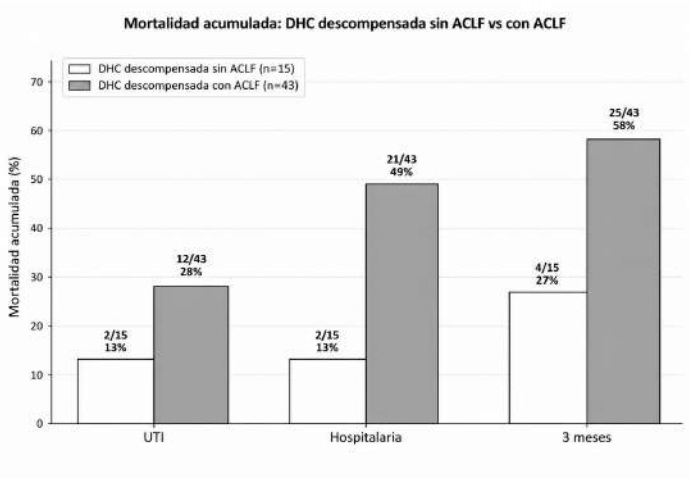
Mt acumulada (DHC sin ACLF vs con ACLF): UTI 13% vs 28%; hospitalaria 13% vs 49%; a 3 meses 27% vs 58% (Fig 1).

Comparación con CANONIC: en ausencia de ACLF y ACLF-1 los hallazgos concuerdan; en grados severos igualan o superan al referente europeo (ACLF-2 hospitalaria 50% vs 32%; ACLF-3 hospitalaria 78% vs 77%; ACLF-3 a 3 meses 89% vs 79%).

Conclusión: Los pacientes con DHC descompensado ingresados a una unidad crítica presentaron alta frecuencia de ACLF y elevada Mt. En ACLF avanzado, la Mt fue comparable a la reportada en cohortes internacionales. La identificación y estratificación precoz del ACLF podría ayudar a reconocer pacientes de alto riesgo y orientar su manejo en unidades críticas, particularmente en hospitales públicos sin programa de trasplante.

Palabras clave: Cirrosis · Cuidados críticos · Mortalidad · ACLF.

Mortalidad acumulada en DHC descompensada sin ACLF vs con ACLF



#90 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

INHIBIDORES JANUS KINASAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA LOCAL EN UN CENTRO TERCIARIO DE CHILE

CAROLIN NAVA PEREZ, RODRIGO QUERA PINO, PAULINA NUNEZ FIGUEROA, GONZALO PIZARRO JOFRE, FRANCISCA CARVAJAL GONZALEZ, LILIAN FLORES PEREZ

Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Clínica Universidad de los Andes

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-105

Introducción: Los inhibidores de la Janus quinasas (JAKi) han sido aprobados para el manejo de la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), especialmente en aquellos pacientes que han fracasado a un biológico. Sin embargo, la experiencia local es aún escasa.

Objetivos: Describir la experiencia de los JAKi en el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en un centro terciario.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional en pacientes con EII que se encuentra en seguimiento en el Programa de EII y que hayan recibido tratamiento con tofacitinib (TOFA) o upadacitinib (UPA). Se excluyeron indicaciones distintas a la EII o tratamiento < 8 semanas. Se evaluó la indicación y efectividad a través de la valoración de remisión clínica con índice Harvey Bradshaw <5 para EC e índice Mayo parcial 2, sin subscore >1 para CU a los 3 meses; remisión bioquímica (calprotectina fecal < 150 ug/g) a los 6 meses y remisión endoscópica (SES-CD < 2 para EC e Índice de Mayo endoscópico 0 para CU) a los 12 meses en registros disponibles. Se verificó la seguridad de esta estrategia terapéutica.

Resultados: De los 851 pacientes en seguimiento, 24 (2,82%) fueron tratados con JAKi, 10 con CU y 14 con EC. Diecisiete (70,8%) eran mujeres, con edad media de 36 ± 11,9 años. En 12/24 pacientes hubo exposición previa a 2 biológicos. La mediana de duración del tratamiento fue 31,7 semanas (rango 8–402 semanas). En CU, 7 pacientes recibieron solo TOFA, 2 UPA y 1 ambos de forma secuencial. La remisión clínica a los 3 meses se logró en 8/10 pacientes, bioquímica a los 6 meses en 7/10 y endoscópica a los 12 meses en 6/9. En EC, 13 recibieron UPA, 1 TOFA y UPA. La remisión clínica a los 3 meses se alcanzó en 10/14 pacientes, bioquímica a los 6 meses en 8/14 y endoscópica a los 12 meses en 10/14. Una paciente requirió colectomía. Cinco pacientes presentaron un evento adverso leve con estos fármacos, sin necesidad de suspenderlos.

Conclusión: En esta cohorte, los JAKi mostraron un perfil de efectividad y seguridad concordante con lo descrito en la literatura, aportando evidencia local que respalda la necesidad de su incorporación en el arsenal terapéutico para pacientes con EII.

#92 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

EXPERIENCIA REAL CON ANÁLOGOS DE GLP-1 EN ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA: COHORTE PILOTO CHILENA

PABLO RUBILAR ARAYA, MARIA FRANCISCA REYES GAJARDO, CATALINA ANTONIA ROA VALENZUELA, SAMANTHA JISHAN WU, JAVIER BRAHM BARRIL, LORENA CASTRO SOLARI, NIDIA FABIOLA CASTRO PRETER, GABRIEL MEZZANO PUENTES

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-106

Introducción: Los análogos de GLP-1 (GLP-1 RA) son una herramienta terapéutica creciente en pacientes con MASLD, principalmente por la presencia de otras comorbilidades cardiometabólicas como obesidad y diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, en la práctica clínica habitual, particularmente a nivel local, su impacto sobre la enfermedad hepática propiamente tal ha sido menos evaluado y la evidencia sigue siendo escasa. En nuestra experiencia clínica chilena, su uso se orienta al seguimiento bioquímico de transminasas, sin evaluación histológica sistemática, por lo que la evidencia local sigue escasa.

Objetivos: Describir características basales, dosis alcanzadas, eventos adversos y evolución ponderal, glicémica y bioquímica de transminasas a 6 meses de seguimiento en pacientes con MASLD tratados con GLP-1 RA en Chile.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes 18 años con MASLD y obesidad y/o DM2, con indicación de GLP-1 RA en centro de enfermedades digestivas en la Clínica Universidad de los Andes. Se analizaron variables basales, dosis, eventos adversos, cambio de peso, glicemia, HbA1c, transaminasas y normalización bioquímica.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes (mediana edad 58,0 años [RIC 48,0–66,8]; 52,7% mujeres); 66 (72,5%) semaglutida y 22 (24,2%) liraglutida, dosis mediana 0,5 mg/semana (n=44) y 1,8 mg/día (n=12). DM2 8,9%, HTA 41,0%, DLP 47,1%. A 6 meses (n=25), baja de peso mediana 6,7% (RIC 3,0–10,3%); GOT descendió de 38,5 a 35,5 U/L y GPT de 55,0 a 40,4 U/L (n=22). Entre pacientes con transaminasas basales alteradas, 5/14 (35,7%) normalizaron GOT y 5/14 (35,7%) normalizaron GPT a 6 meses. Glicemia 94,0 a 87,5 mg/dL; HbA1c 5,45% a 5,25% (n=14). Predominaron eventos adversos digestivos; 4 pacientes (4,4%) suspendieron transitoriamente el tratamiento, incluyendo un caso por sospecha de neuritis óptica.

Conclusión: Los GLP-1 RA se asociaron a reducción de peso, mejoría y normalización de transaminasas en más de un tercio de los pacientes alterados, y descenso leve glicémico a 6 meses, con eventos adversos predominantemente digestivos. La menor disponibilidad de controles pareados podría reflejar registro selectivo de resultados alterados, subestimando la mejoría real. Estos hallazgos respaldan el rol práctico de los GLP-1 RA en MASLD y motivan completar el seguimiento de esta cohorte.

Palabras clave: GLP-1; Enfermedad del Hígado Graso no Alcohólico; Obesidad; Transaminasas.

Tabla 2. Evolución ponderal, bioquímica y glicémica durante el tratamiento

Variable	n	Basal	Seguimiento
GOT/AST 6 meses, U/L, mediana	22	38,5	35,5
GPT/ALT 6 meses, U/L, mediana	22	55,0	40,4
Glicemia 6 meses, mg/dL, mediana	14	94,0	87,5
HbA1c 6 meses, %, mediana	14	5,45	5,25
Normalización de GOT/AST a 6 meses (basal alterada, ≥34 U/L)	14	100% alterado	5/14 (35,7%) normalizó
Normalización de GPT/ALT a 6 meses (basal alterada, ≥40 U/L)	14	100% alterado	5/14 (35,7%) normalizó

Tabla 1. Características basales de la cohorte (n=91)

Variable	n con dato	Resultado
Edad, años, mediana (RIC)	90/91	58,0 (48,0–66,8)
Sexo femenino	91/91	48 (52,7%)
Sexo masculino	91/91	43 (47,3%)
Diabetes mellitus tipo 2	90/91	8 (8,9%)
Hipertensión arterial	83/91	34 (41,0%)
Dislipidemia	85/91	40 (47,1%)
Cirrosis presente	82/91	13 (15,9%)
IMC basal, kg/m², mediana (RIC)	49/91	29,9 (28,0–32,0)
FIB-4 basal, mediana (RIC)	28/91	1,4 (1,2–2,6)
GOT/AST basal, U/L, mediana (RIC)	61/91	36,0 (27,0–49,0)
GPT/ALT basal, U/L, mediana (RIC)	64/91	50,5 (30,6–81,8)

RIC: rango intercuartílico. IMC: índice de masa corporal. FIB-4: Fibrosis-4 index. GOT/AST: aspartato aminotransferasa; GPT/ALT: alanina aminotransferasa.

#94 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

ENCUESTA EN EL MUNDO REAL SOBRE EL USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS ANTI-TNF Y MEDICAMENTOS OFF-LABEL EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA

CONSUELO ZEC GARCÍA[1], JUAN CRISTÓBAL OSSA ALEMPARTE[2], MARÍA CECILIA RIUTORT KREFT[3]

[1]HOSPITAL SAN CAMILO, HOSPITAL GUSTAVO FRICKE, UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO; [2]HOSPITAL PUERTO MONTT - UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN; [3]CLINICA ALEMANA SANTIAGO - HOSPITAL LA FLORIDA

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-107

Objetivo: Describir el uso en el mundo real de terapias anti TNF y medicamentos fuera de indicación (off-label) para la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica (EIIP) en Chile.

Métodos: Estudio observacional y descriptivo basado en una encuesta en línea, que se distribuyó entre gastroenterólogos pediátricos miembros de la Rama de Gastroenterología de la Sociedad chilena de Pediatría durante julio de 2026. El cuestionario recopiló datos sobre el número de pacientes en seguimiento y experiencia de uso de agentes anti-TNF y otras terapias avanzadas.

Resultados: Se analizaron 28 respuestas que representan 26 centros de 10 regiones del país (20 hospitales públicos y 6 centros privados). La mayoría de las respuestas provienen de la Región Metropolitana (42%). Se estima una cohorte nacional de 400 pacientes pediátricos en control. 173 pacientes (23%) requiere terapia biológica para el control de su enfermedad; 71% (N=120) Colitis Ulcerosa y 28% (N= 51) Enfermedad de Crohn. 118 pacientes reciben tratamiento con Infliximab y 28 con Adalimumab. 41 pacientes (24%) fallan al tratamiento con anti-TNF y requieren inicio de otras terapias avanzadas.

En relación a la experiencia de uso de Infliximab el 12% usa dosis estándar (5mg/Kg cada 8 semanas), 25% dosis intensificadas 10 mg/Kg cada 8 semanas, 35% 10mg/Kg cada 4 semanas, y 24% requiere esquemas hasta 25mg/Kg cada 4 semanas. El 87% se mantiene en remisión clínica. En relación a la experiencia de uso de Adalimumab el 57% utiliza dosis estándar y un 43% requiere dosis intensificadas. Este grupo alcanza un 90% de remisión clínica.

Conclusiones: Los datos obtenidos son similares a lo publicado en la literatura internacional, donde la mayoría de los pacientes pediátricos (88%) requiere esquemas intensificados de anti-TNF, y un 24% de falla a estas terapias. Existe experiencia local sobre uso de fármacos off-label con buenos resultados clínicos, aunque sigue siendo evidencia escasa. Surge la necesidad de una colaboración nacional para lograr expandir de manera equitativa el acceso a terapias avanzadas en EIIP.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Pediatría, Terapia Biológica.

#95 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

EXPERIENCIA DE VIDA REAL CON USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL SUR DE CHILE.

CARLOS VALDEBENITO URIBE, BELÉN GIACAMAN FONSECA, BASTY SANHUEZA INOSTROZA, ARMANDO SIERRALTA ZÚÑIGA, ROLANDO SEPÚLVEDA CORTÉS

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Facultad de Medicina Interna Universidad de La Frontera, Unidad de Gastroenterología, Temuco

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-108

Introducción: Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la IL-12/23, recomendado como tratamiento de primera línea o ante fracaso a terapia anti-TNF en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) moderada a grave, que ha mostrado eficacia y buen perfil de seguridad en pacientes con fracaso a anti-TNF.

Objetivo: Evaluar la experiencia local con ustekinumab en pacientes con EII, mediante remisión clínica y endoscópica y/o imagenológica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con EII tratados con ustekinumab en nuestro centro desde julio de 2019 hasta agosto de 2026. Se evaluaron variables demográficas y características clínicas, exposición previa a terapias avanzadas, indicación y optimización de ustekinumab, uso de corticoides, hospitalización, cirugías y eventos adversos. La remisión clínica se definió como Mayo parcial <2 en Colitis Ulcerosa (CU) y Harvey Bradshaw 4 puntos en Enfermedad de Crohn (EC). Remisión endoscópica Mayo score 0 y SES-CD 2, respectivamente, y remisión imagenológica como ausencia de inflamación activa en imágenes contrastadas.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes (Tabla 1), 27 mujeres (60%), edad promedio 37,7 años, 29 con CU (64,4%) y 16 (35,6%) con EC. Todos con exposición a anti-TNF, 29 (64,4%) con 2 o más anti-TNF y 4 (8,9%) además con iJAK. La mediana de evolución de la EII fue 8 años (RIQ 5-14) y la exposición previa a terapias avanzadas de 22 meses (RIQ 12-36). La principal indicación de ustekinumab fue fracaso a anti-TNF y/o iJAK en 41 pacientes (91,1%); 17 por falla primaria y 24 por pérdida de respuesta; 4 (8,9%) por eventos adversos graves a anti-TNF. La mediana de tratamiento con ustekinumab fue 29 meses (RIQ 15-47) (Tabla 2). Al cierre del estudio, 38/45 pacientes (84,4%) mantienen remisión clínica con ustekinumab: 24/29 CU (82,8%) y 14/16 EC (87,5%). La remisión endoscópica y/o imagenológica se observó en 27/42 pacientes evaluables (64,3%): 16/26 CU (61,5%) y 11/16 EC (68,8%). Durante el seguimiento, 14 (31,1%) requirieron corticoides, 6 (13,3%) intensificación, 7 (15,6%) hospitalización y 5 (11,1%) procedimientos quirúrgicos. 7 pacientes (15,6%) suspendieron ustekinumab, 6 por falla de tratamiento y 1 por reacción adversa.

Conclusiones: Ustekinumab mantiene un alto porcentaje de remisión clínica y endoscópica y/o imagenológica en una cohorte altamente expuesta a terapias avanzadas, con una elevada persistencia terapéutica y baja tasa de discontinuación por efectos adversos.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal, estudio de vida real, ustekinumab.

TABLA 1	N = 45 (% o RIQ*)
Edad promedio	37,7 años (16 a 70)
Evolución EII, mediana (RIQ)	8 años (5 – 14)
Género Femenino	27 (60%)
Colitis Ulcerosa Enfermedad de Crohn	29 (64,4%) 16 (35,6%)
Colitis ulcerosa (** subanálisis según clasificación de Montreal) Colitis izquierda Colitis extensa	29 (100%)** 7 (24,1%) 22 (75,9%)
Enfermedad de Crohn (** subanálisis según clasificación de Montreal) A1 A2 A3	16 (100%)** 5 (31,3%) 9 (56,3%) 2 (12,5%)
L1 L2 L3 Enfermedad perianal aislada L4 (duodeno y yeyuno respectivamente)	0 10 (62,5%) 5 (31,3%) 1 (6,3%) 2 (12,5%)
Exposición previa a terapias avanzadas ≥ 1 anti TNF ≥ 2 anti TNF 2 anti TNF + iJAK	 45 (100%) 29 (64,4%) 4 (8,9%)
Exposición previa a terapias avanzadas, mediana (RIQ)	22 meses (12 – 36)
Indicación de ustekinumab Fracaso de terapia - Falla primaria - Pérdida de respuesta Evento adverso grave a anti-TNF: LES inducido por anti-TNF (2), Vasculitis, Angioedema	 41 (91,1%) 17 (37,8%) 24 (53,3%) 4 (8,9%)
*RIQ: rango intercuartil	

TABLA 2
Remisión clínica y endoscópica/imagenológica con ustekinumab

	EII global	Colitis Ulcerosa	Enfermedad de Crohn
Remisión clínica	38/45 (84,4%)	24/29 (82,8%)	14/16 (87,5%)
Remisión endoscópica/imagenológica*	27/42 (64,3%)	16/26 (61,5%)	11/16 (68,8%)

* 42 pacientes evaluables con colonoscopía y/o imágenes contrastadas; 3 pendientes de reevaluación objetiva.

Evaluación global de la cohorte durante mantenimiento (N=45)	
Reinducción	2 (4,4%)
Intensificación	6 (13,3%)
Terapia combinada (con iJAK)	1 (2,2%)
Uso de corticoides (0,5 – 1 mg /Kg con decalaje)	14 (31,1%)
Hospitalización	7 (15,6%)
Procedimientos quirúrgicos	5 (11,1%)
- Colocación de setón por enfermedad perianal	2 (4,4%)
- Cirugía resectiva (1 no asociada a EII)	3 (6,7%)
Mantienen tratamiento con ustekinumab	38/45 (84,4%)
Discontinuación definitiva de ustekinumab	7/45 (15,6%)
- Fracaso a tratamiento	6 (13,3%)
- Evento adverso (RAM cutáneo)	1 (2,2%)
Tiempo con ustekinumab, mediana (RIQ)	29 meses (15 – 47)

#96 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CARACTERIZACIÓN Y COMPLICACIONES EN UN CENTRO

MATIAS RIOS DIAZ, MARÍA CLARA CORNEJO AGUILERA, JAIME MELCHOR PONIACHIK TELLER, CAMILA ANDREA ESTAY HERNÁNDEZ, RENÉ ANDRÉS ROJAS BRAIN, CRISTIAN ANDRÉS MONTENEGRO URBINA, DANIELA MARÍA SIMIAN MARÍN, EDITH PAOLA PÉREZ DE ARCE OÑATE

Sección Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-109

Introducción: La asociación de colangitis esclerosante primaria (CEP) y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está descrita y conforma un fenotipo clínico particular, con mayor frecuencia de afectación colónica extensa, patrón de colitis de predominio proximal y asociación con un riesgo incrementado de neoplasias tanto colorrectales como hepatobiliares

Objetivos: Caracterizar el perfil clínico, bioquímico, radiológico y endoscópico de pacientes con CEP y EII, además de las complicaciones asociadas.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes con CEP y EII atendidos en el Hospital Clínico de la

Universidad de Chile entre junio de 2010 y junio de 2025. Se revisaron registros de solicitudes de estudios de imagen por CEP y fichas clínicas para recopilar características demográficas, temporalidad diagnóstica, hallazgos hepáticos, fenotipo intestinal y complicaciones.

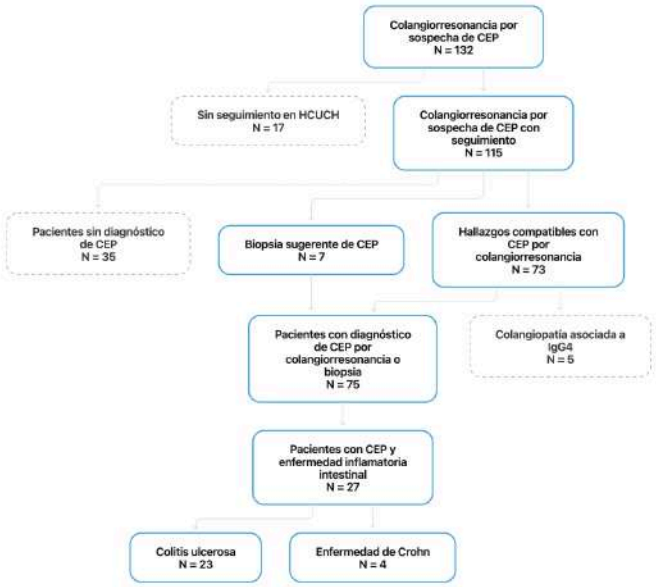
Resultados: Se incluyeron 27 pacientes, con mediana de edad de 45 años; 23 tenían colitis ulcerosa y 4, enfermedad de Crohn. La CEP precedió al diagnóstico de EII en el 74%. La mediana entre ambos diagnósticos fueron 3 años. El 44% estaba asintomático al diagnóstico de CEP. En colitis ulcerosa, el 83% presentó compromiso extenso al diagnóstico y el 86% de los evaluados, Mayo endoscópico 2. Los cuatro pacientes con Crohn tenían compromiso ileocolónico, la mitad presentaba fenotipo fistulizante. La mediana de calprotectina fecal al diagnóstico fue 600 µg/g. De las 7 elastografías hepáticas disponibles, 4 evidenciaron fibrosis significativa al diagnóstico (F3-F4). La mediana de seguimiento fue de 5 años . Se registraron 5 pacientes con complicaciones neoplásicas, correspondientes al 19%, osteoporosis en el 19% y colangitis infecciosa en un 15%. 2 pacientes fueron sometidos a trasplante hepático.

Conclusión: En esta cohorte, la asociación CEP-EII se caracterizó por predominio de colitis ulcerosa extensa y una elevada proporción de pacientes con actividad endoscópica moderada a severa. La frecuencia de complicaciones neoplásicas durante el seguimiento refuerza la relevancia de una vigilancia intestinal y hepatobiliar estrecha en este fenotipo de alto riesgo.

Palabras clave: Colangitis Esclerosante; Enfermedades Inflamatorias del Intestino; Colitis Ulcerosa; Enfermedad de Crohn.

	N = 27
ColangioRM Normal Estenosis intrahepática Estenosis extrahepática Estenosis extrahepáticas e intrahepáticas	2 (7) 18 (67) 1 (4) 3 (6)
Biopsia realizada (n = 8) Colangitis linfocítica Fibrosis periductal Atrofia ductal Ductopenia	**2 (25) 5 (63) 1 (13) 1 (13)**
Perfil hepático (mediana;RIC) Bilirrubina total Fosfatasa alcalina GGT	0,8 (0,5 - 1,6) 203 (117 - 396) 99 (44 - 425)
Marcadores inmunológicos ANA AMA Anticuerpos antimúsculo liso	12 (44) 1 (4) 9 (33)
Fibroscan (n = 7) kPa (mediana; RIC) F0 F1 F2 F3 F4	7,5 (4,9 - 12,1) 2 (29) 1 (14) 0 2 (29) 2 (29)
Clasificación de Montreal Extensión CU (n = 23) Proctitis Colitis izquierda Colitis extensa Localización EC (n = 4) Ileal Colónica Ileocolónica GI superior Fenotipo EC (n = 4) Inflamatorio Estenosante Fistulizante Perianal	**1 (4) 3 (13) 19 (83) 0 0 4 (100) 0 1 (25) 1 (25) 2 (50) 1 (25)**
Actividad endoscópica Mayo en CU (n = 22) 1 2 3 UCEIS en CU (n = 22) 1 2 3 4 5 6 SES-CD (n = 4)	3 (14) 10 (45) 9 (41) 1 (5) 10 (45) 2 (9) 1 (5) 2 (9) 6 (27) 5,5 (2,5 – 6,5)
Calprotectina fecal (n = 23) CF > 200	600 (368 – 909) 20 (87)
Trasplante Sin recurrencia Con recurrencia	2 (7) 1 (50) 1 (50)
Complicaciones Colangitis infecciosa Osteoporosis Neoplasias malignas Colangiocarcinoma Cáncer de colon Colangiocarcinoma + cáncer de colon Carcinoma hepatocelular + cáncer de colon	**4 (15) 5 (19) 5 (19) 1 (4) 2 (7) 1 (4) 1 (4)**
Cirugías relacionadas con EII Colectomía Resección ileocolónica + colectomía	2 (7) 3 (11)
AUDC Dosis AUDC (mediana;RIC)	17 (63) 1000 (750 – 1000)
Tratamiento Inmunomoduladores Terapia biológica Infliximab Adalimumab Golimumab	9 (33) 6 (22) 2 (7) 1 (4)
Años de seguimiento (mediana;RIC)	5 (0 – 8)

Figura 1. Flujograma de enrolamiento de pacientes en el estudio



#97 E-PÓSTER NEUROGASTROENTEROLOGÍA

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS MEJORAN EL RENDIMIENTO DE SCORES MANOMÉTRICOS PARA DIAGNOSTICAR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

NATALIA ANDREA MESÍAS CABAÑAS[1], JENNIFER GUTIERREZ ORTIZ[2], YESSICA NOHEMI VARELA MARTÍNEZ[2], ENRIQUE COSS ADAME[2], JUAN PABLO GARCIA MARMOLEJO[3], JUAN SAMUEL HERNANDEZ[3], ALBIS HANI[3], DANIEL CISTERNAS CAMUS[1]

[1]Clínica Alemana–Universidad del Desarrollo; [2]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"; [3]Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-110

Introducción: El Milan Score (MS) y el AGES-D predicen reflujo patológico a partir de variables manométricas; el AGES-D incorpora además edad y sexo. Los objetivos fueron validar ambos en una serie latinoamericana y evaluar si su certeza predictiva mejora al agregar variables epidemiológicas.

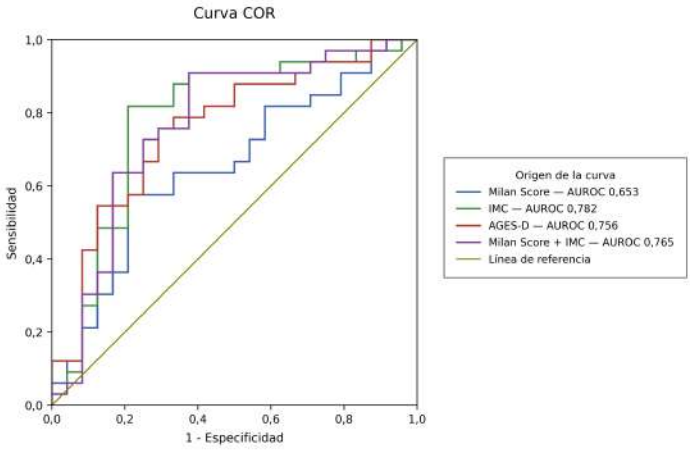
Métodos: Estudio multicéntrico (3 centros). Inclusión: pacientes derivados a manometría y monitorización de reflujo sin bloqueadores de la secreción ácida. Exclusión: diagnóstico manométrico mayor (Chicago 4.0) y tiempo de exposición ácida (TEA) 4-6%. Estándar de referencia: TEA+ (6%). Se compararon proporciones (Fisher), medianas (Mann-Whitney) y áreas bajo la curva (AUROC, DeLong). El aporte del índice de masa corporal (IMC) se evaluó agregándolo al MS con sus coeficientes originales fijos.

Resultados: De 80 pacientes se excluyeron 11 (7 TEA 4-6%, 2 maniobra de elevación de pierna [SLR] no evaluable, 2 trastorno motor mayor). 38/69 (55,1%) tuvieron TEA 6%. La proporción de TEA+ no difirió entre MS 137 y <137 (57,4% vs 46,7%; p=0,561), pero sí entre AGES-D 0,125 y <0,125 (82,6% vs 40,0%; p=0,0009). Los TEA+ fueron mayores (59 vs 48 años; p=0,032) y con mayor IMC (27,5 vs 24,1 kg/m²; p=0,0007). AUROC: IMC 0,763; AGES-D 0,738; EGJ-CI 0,707; edad 0,652; MS 0,632 (IC95% 0,50-0,77); SLR 0,486; todas significativas excepto MS (p=0,052) y SLR (p=0,736). Entre sí sólo difirieron las de IMC, AGES-D y EGJ-CI frente a la SLR. La SLR fue positiva en 86% (32/38 TEA+ vs 27/31 TEA-; p=1,000), con especificidad de 13%. Agregar IMC al MS (n=57) elevó el AUROC de 0,653 a 0,765 (OR 3,38 por 5 kg/m²; IC95% 1,28-8,91; p=0,014), similar a AGES-D (0,756; =+0,009; p=0,911).

Conclusiones: En nuestra cohorte el MS no reprodujo la capacidad predictiva de reportes previos, a expensas de una maniobra SLR sin capacidad discriminativa. El AGES-D, que incorpora edad y sexo, fue numéricamente superior al MS, diferencia que desaparece al agregar IMC a este último.

Palabras clave: Reflujo Gastroesofágico; Manometría; Índice de Masa Corporal; Curva ROC.

Figura 1. Curvas ROC para predecir TEA > 6%.



#98 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE AGONISTAS DE GLP-1 EN MASLD: ENCUESTA NACIONAL A GASTROENTERÓLOGOS Y RESIDENTES EN CHILE

ADA CAROLINA CASCONE SCARPATI[1], LARISSA ALEMAN FRANCO[2], WALTERIO MEYER[3], CAMILA SEPULVEDA[3], CARMEN ALEXANDRA GINESTA FRINGS[4], NILDA ALEJANDRA DOMINGUEZ CABRERA[4]

[1]Universidad del desarrollo-Cliníca Alemana de Santiago; [2]Universidad de Chile / Hospital Clínico de la Universidad de Chile; [3]Hospital Dr. Sotero del Rio; [4]Cliníca Alemana de Santiago

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-111

Introducción: Los fármacos agonistas del receptor de GLP-1 (arGLP-1) han adquirido un rol creciente en el manejo de pacientes con esteatosis hepática metabólica (MASLD), sin embargo, existe información limitada sobre su incorporación a la práctica gastroenterológica en Latinoamérica.

Objetivos: Describir conocimientos, actitudes y patrones de prescripción, de los arGLP-1, así como barreras relacionadas con el uso de estas terapias entre gastroenterólogos y residentes de gastroenterología en Chile.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo con componente analítico y de corte transversal, basado en una encuesta en línea, anónima y autoadministrada, dirigida a todos los gastroenterólogos de adultos de Chile y difundida principalmente a través de los canales oficiales de comunicación de la Sociedad Chilena de Gastroenterología. Se evaluó el nivel de formación, conocimiento, confianza para su indicación, conducta de prescripción y barreras percibidas. Se realizó análisis descriptivo y análisis bivariado, utilizando pruebas de χ^2 o exacta de Fisher según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron 122 participantes (tasa de respuesta 23,96%): 67 gastroenterólogos, 30 gastroenterólogos con formación en hepatología y 25 residentes de gastroenterología. El 57,4% de los encuestados reportó alta confianza para prescribir arGLP-1 y el 74,6% estuvo de acuerdo con que estos fármacos deben ser prescritos por gastroenterólogos. La formación en hepatología se asoció con mayor confianza para la prescripción (90,0% vs. 46,7%; odds ratio [OR] 10,3; p<0,001). Asimismo, los hepatólogos mostraron mayores tasas de prescripción activa que los no hepatólogos (86,7% vs. 42,4%; p<0,001). Persisten suposiciones sobre efectos adversos y precauciones de uso: el 49,2% consideró la pancreatitis aguda previa como contraindicación absoluta y el 5,7% señaló reflujo gastroesofágico (4,9%) o constipación (0,8%); solo el 45,1% identificó que ninguna de las condiciones listadas eran una contraindicación absoluta. La principal barrera identificada fue el costo (62,6%), seguida de la necesidad de manejo multidisciplinario (16,4%) y la falta de experiencia clínica (13,1%).

Conclusión: Existe alta aceptación del rol del gastroenterólogo en la prescripción de arGLP-1 en MASLD, sin embargo, la formación en hepatología emerge como el principal factor asociado a una mayor confianza y prescripción activa de estas terapias. A pesar del creciente respaldo de la evidencia, además, persisten prejuicios sobre los efectos adversos y las precauciones de uso, particularmente el antecedente de pancreatitis aguda. El costo persiste como la principal barrera para su implementación, destacando la necesidad de estrategias de capacitación y acceso que favorezcan la incorporación de tratamientos basados en incretinas en la práctica cotidiana.

Palabras clave: MASLD, agonistas del receptor de GLP-1.

#100 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

SEMAGLUTIDE SEMANAL Y CAMBIOS EN LA RIGIDEZ HEPÁTICA EN PACIENTES CON PREDIABETES O DIABETES MELLITUS TIPO 2

CAROLINA BRAVO RIVERA, DANIELA MARÍA SIMIAN MARÍN, MÁXIMO JOSÉ CATTANEO BUTELER, PATRICIA CAROLINA GÓMEZ GÓMEZ, JAIME MELCHOR PONIACHIK TELLER

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-112

Introducción: La esteatosis hepática metabólica asociada a disfunción metabólica (MASLD) es la enfermedad hepática crónica más prevalente a nivel mundial y la fibrosis hepática es su principal determinante pronóstico.

Los agonistas del receptor GLP-1 han mostrado beneficios sobre la esteatosis y fibrosis, evaluables por elastografía de transición (Fibroscan®).

Objetivo: Evaluar el cambio en la rigidez hepática medida por Fibroscan® a 6 y 12 meses de tratamiento con semaglutide subcutáneo semanal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) o prediabetes y rigidez hepática basal.

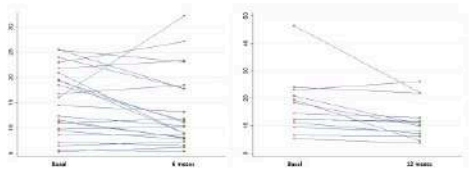
Método: LOGÍA: Cohorte prospectiva observacional (octubre 2022-junio 2025) de pacientes con DM2/prediabetes y rigidez hepática > 5 kPa, excluyendo otras causas de fibrosis y uso previo de GLP-1. Se evaluaron rigidez hepática (kPa), CAP, FIB-4 y perfil parámetros antropométricos, metabólicos y hepáticos mediante Wilcoxon y McNemar. Se consideró además una reducción relativa 30% de la rigidez hepática como análisis exploratorio.

Resultados: De 48 pacientes enrolados, 23 se realizaron Fibroscan a 6 meses y 13 pacientes a 12 meses. La rigidez hepática fue 14,5 (RIC 9,4-20,9) vs 10,4 (8,0-17,8) kPa a 6 meses (p=0,088); 12/23 (52%) presentaron disminución del kPa y 6/23 (26%) una reducción relativa 30%. A los 12 meses, la rigidez hepática disminuyó de 14,5 (11,2-20,9) a 10,4 (7,1-12,9) kPa (p=0,008); 12/13(92%) presentaron disminución del kPa y 6/13 (46%) una reducción 30%. A 6 y 12 meses hubo reducción significativa de peso, IMC, glicemia y HbA1c. No se observaron cambios significativos en FIB-4 ni en fibrosis avanzada, ni factores asociados a cambio de rigidez hepática a los 6 meses.

Conclusión: En esta cohorte, Semaglutide semanal se asoció con mejoría antropométrica y metabólica sostenida y reducción significativa de la rigidez hepática y CAP a los 12 meses. Estos resultados apoyan la necesidad de continuar evaluando el impacto de semaglutide sobre los parámetros hepáticos no invasivos en cohortes de mayor tamaño.

Cambio individual de la rigidez hepática entre el basal y los 6 y 12 meses de tratamiento con semaglutide.

Figura 1. Cambio individual de la rigidez hepática entre el basal y los 6 y 12 meses de tratamiento con semaglutide.



Cada línea representa un paciente con mediciones pareadas de rigidez hepática por Fibroscan®. Panel A: basal vs 6 meses (N=23; p=0,088); Panel B: basal vs 12 meses (N=13; p=0,008). Comparaciones mediante prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

Tabla 1. Cambios en la rigidez hepática y variables metabólicas a los 6 y 12 meses de tratamiento con semaglutide semanal

	Basal	6 meses	Valor p	Basal	12 meses	Valor p
Peso	84 (73 – 93,5)	79 (69 – 94)	0,0002	88,5 (82 – 96)	78 (76 – 96)	0,002
IMC	32,6 (28 – 38,9)	32,2 (26 – 35,5)	0,0004	34,4 (31,2 – 39,3)	33,7 (27,9 – 35)	0,008
Glicemia	113 (92 – 129)	100 (93 – 112)	0,019	120 (102 – 128)	98 (84 – 113)	0,012
HbA1c	6,1 (5,9 – 6,4)	5,8 (5,5 – 5,9)	0,005	6,3 (5,8 – 7,0)	5,8 (5,3 – 6,1)	0,035
Rigidez hepática (kPa)	14,5 (9,4 – 20,9)	10,4 (8 – 17,8)	0,088	14,5 (11,2 – 20,9)	10,4 (7,1 – 12,9)	0,008
Pacientes con disminución de rigidez, n (%)	-	12/23 (52)	-	-	12/13 (92)	-
Reducción relativa ≥30% de kPa, n (%)	-	6/23 (26,1)	-	-	6/13 (46)	-
CAP	294 (274 – 351)	281 (239 – 317)	0,094	345 (278 – 371)	276 (222 – 336)	0,025

Los datos se expresan como mediana (RIC), salvo que se indique lo contrario. El número de pacientes varía según disponibilidad de datos pareados para cada variable. La reducción relativa ≥30% de kPa se calculó respecto al valor basal.

#101 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

FACTORES ASOCIADOS A RETIRO EXITOSO DE GASTROSTOMIA EN PACIENTES CON DISFAGIA POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

LUIS ARNALDO MÉNDEZ ALCAMAN[1], CAMILA DIEZ ZUÑIGA[2], OLIVIA SANHUEZA NEIRA[3], ASTRID HALEBY VILLANUEVA[2], CATALINA HIDALGO GONZÁLEZ[2], VICTORIA SALAZAR ARANEDA[2], CESAR SERRANO SOUSA[2], CATALINA CABEZAS GODOY[2]

[1]Hospital Padre Hurtado/Clínica Alemana; [2]Hospital Padre Hurtado; [3]INDOMA

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-113

Introducción: La recuperación de la deglución puede permitir el retiro de la gastrostomía (GTT) después de un accidente cerebrovascular (ACV); sin embargo, los factores clínicos asociados a este desenlace permanecen insuficientemente caracterizados.

Objetivo: Identificar factores asociados al retiro de GTT en pacientes sobrevivientes con disfagia secundaria a ACV.

Métodos: Estudio retrospectivo de 30 pacientes con ACV portadores de GTT que permanecían vivos al cierre del seguimiento. Se compararon pacientes con retiro de GTT y quienes la mantenían mediante pruebas no paramétricas y exacta de Fisher. Se analizaron variables demográficas, gravedad neurológica, comorbilidades y trayectoria hospitalaria. Las asociaciones ajustadas se exploraron mediante regresión logística penalizada debido al reducido número de eventos.

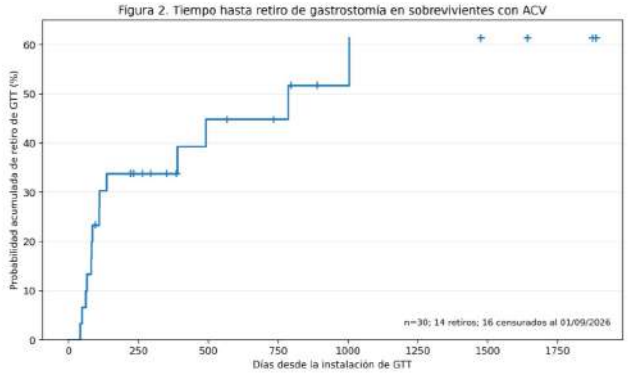
Resultados: Catorce de 30 pacientes (46,7%) lograron retiro de GTT. La hospitalización fue menor en quienes retiraron GTT [mediana 43,5 días (RIC: 29,3–82,5) vs. 80,0 (53,3–153,0); p=0,040]. El antecedente de ACV previo estuvo presente en 1/14 (7,1%) pacientes con retiro frente a 10/13 (76,9%) de quienes mantuvieron GTT y disponían del dato (p<0,001). El intervalo (días) desde ingreso hasta instalación de GTT fue menor entre quienes lograron retiro [36,5 vs. 49,0 días; p=0,088], sin alcanzar significación estadística. No se observaron diferencias en edad ni NIHSS. Entre quienes lograron retiro, la

mediana de permanencia de GTT fue 97 días (RIC: 68,8–325,8), con retiros documentados incluso después de dos años.

Conclusión: Entre los sobrevivientes con disfagia post-ACV, casi la mitad logró retirar la GTT durante el seguimiento. La ausencia de ACV previo y una hospitalización más breve caracterizaron a quienes alcanzaron este desenlace, mientras edad y NIHSS no mostraron diferencias. La amplia variabilidad temporal, incluyendo retiros tardíos, sugiere que la persistencia prolongada de GTT no necesariamente representa dependencia definitiva. Los resultados sugieren la necesidad de un seguimiento clínico individualizado.

Tabla 1. Características según retiro de gastrostomía

Variable	Retiro GTT (n=14)	Mantiene GTT (n=16)	p
Edad, años	66,0 (60,3–70,0)	65,0 (57,0–69,0)	0,707
NIHSS	15,5 (8,0–24,3)	17,0 (14,0–19,5)	0,843
Hospitalización, días	43,5 (29,3–82,5)	80,0 (53,3–153,0)	0,040
Ingreso–GTT, días	36,5 (24,5–48,8)	49,0 (31,8–62,0)	0,088
Sexo femenino	8/14 (57,1%)	5/16 (31,3%)	0,269
ACV previo*	1/14 (7,1%)	10/13 (76,9%)	<0,001



#102 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

MATIAS RIOS DIAZ[1], NATALIA ALEJANDRA COVARRUBIAS RUZ[2], CARMEN ENCARNACIÓN HURTADO HEIM[2], CAMILA ANDREA CASTILLO ORREGO[1], EDITH PAOLA PÉREZ DE ARCE OÑATE[3], RENÉ ANDRÉS ROJAS BRAIN[3], CRISTIAN ANDRÉS MONTENEGRO URBINA[3], DANIELA MARÍA SIMIAN MARÍN[3], CAMILA ANDREA ESTAY HERNÁNDEZ[3]

[1]Residente de Gastroenterología, Sección de Gastroenterología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.; [2]Laboratorio de Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Sección Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-114

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) puede coexistir con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, la magnitud y la relevancia clínica de esta asociación aún no se encuentran completamente establecidas, debido en general, a los métodos utilizados para su pesquisa. En una proporción importante, la alteración es transitoria, con resolución posterior a la remisión de enfermedad. La medición de elastasa fecal permite explorar esta asociación, considerando la calprotectina como una variable de actividad inflamatoria intestinal.

Objetivos: Determinar los niveles de elastasa fecal en pacientes con EII según calprotectina fecal <200 o 200 µg/g.

Métodos: Estudio retrospectivo de medición de elastasa fecal en muestras de pacientes con colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), almacenadas en seroteca de gastroenterología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se separaron en dos grupos de acuerdo al valor de calprotectina fecal; mayores o menores a 200 ug/g. Se estudió la elastasa con método de ELISA cuantitativo SchoeBo Alemania. Se consideran valores patológicos de elastasa fecal menores a 200 ug/g. Se descartaron las muestras líquidas con resultados patológicos.

Resultados: Se estudiaron 92 pacientes, 62 tenían calprotectina <200 µg/g y 30 >200 µg/g. De ellos, 62 correspondían a CU y 30 a EC. Del total, cuatro pacientes (4,3%) presentaron elastasa <200 µg/g, de los cuales 3 pertenecían al grupo de calprotectina fecal alta.

Dos valores fueron <100 µg/g (41 y 93 µg/g); el valor de 41 µg/g correspondió a una muestra líquida y fue excluido. Tras esta exclusión, 3 pacientes presentaron elastasa fecal disminuida. No se observó asociación significativa entre calprotectina fecal elevada y elastasa fecal disminuida.

Conclusión: En este estudio, la frecuencia de elastasa fecal disminuida fue baja y no se asoció significativamente con mayor actividad inflamatoria intestinal. La interpretación de valores disminuidos debe considerar la consistencia de las deposiciones para evitar falsos positivos por dilución.

Palabras clave: Insuficiencia Pancreática Exocrina; Enfermedades Inflamatorias del Intestino; Elastasa Pancreática.

Figura 1: Insuficiencia pancreatica en EII

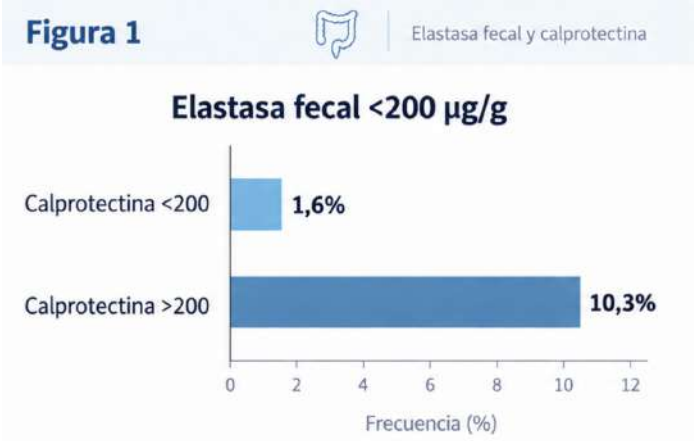
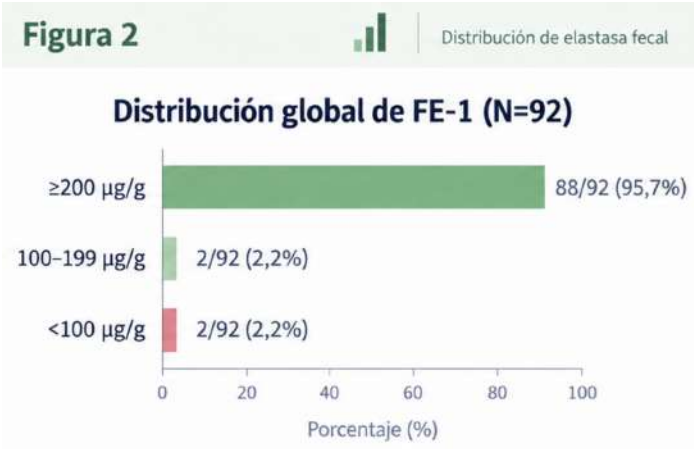


Figura 2: Distribución global de elastasa fecal



#108 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

EVALUACIÓN DE LESIONES SUBEPITELIALES GASTROINTESTINALES MEDIANTE ENDOSONOGRAFÍA Y BIOPSIA CON AGUJA FNB: EXPERIENCIA EN 565 CASOS.

JAVIER PÉREZ VALENZUELA, GONZALO LATORRE SELVAT, EITAN DUKES BERRY, MIGUEL BUSTAMANTE CARTAGENA, ISABELLA MONTERO JARAS, CAMILA ROBLES GARCÍA, FELIPE SILVA PEÑA, VICENTE GÁNDARA FUENZALIDA, JAVIER URIBE MONASTERIO, SARA MAQUILÓN TAMAYO, RICARDO MEJÍA MARTÍNEZ, HUGO RICHTER ROCA, JOSÉ IGNACIO VARGAS DOMÍNGUEZ, ALBERTO ESPINO ESPINO

Pontificia Universidad Católica de Chile

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-115

Introducción: Las lesiones subepiteliales (LSE) son un hallazgo endoscópico frecuente y un desafío diagnóstico. La endosonografía (EUS) permite definir su morfología y capa de origen, y obtener muestras para estudio histológico.

Objetivos: Describir las características endosonográficas de las LSE evaluadas en nuestro centro, etiologías frecuentes y el rendimiento diagnóstico en los casos con confirmación histológica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a EUS por sospecha de LSE entre enero 2017 y diciembre 2025. Se analizaron variables demográficas, localización, capa de origen y morfología. Se evaluó el rendimiento diagnóstico de los tipos de biopsia y la sensibilidad (S) y especificidad (E) de la EUS para GIST y leiomioma.

Resultados: Se realizaron 688 EUS por sospecha de LSE; en 123 (17,9%) se descartó una LSE (50,4% compresión extrínseca, 30,1% lesión epitelial). En 510 pacientes (edad media 54,2; 63,1% mujeres) se identificaron 565 LSE, con mediana de diámetro mayor de 12 mm (RIC 9-18); 47% se originó en la cuarta capa (muscular propia). Predominaron el estómago (69,7%) y el esófago (22,5%).

Los diagnósticos presuntivos más frecuentes fueron GIST (36,3%), leiomioma (26,3%) y páncreas ectópico (19%) (Tabla 1). En 89 pacientes con histología, el rendimiento de la aguja FNB fue 88,5% frente a 38,8% de la técnica "biopsia sobre biopsia"; la histología modificó el diagnóstico inicial en 21,9% de los casos. Para GIST la EUS mostró S:100% y E:70,4%; para leiomioma, S:68,8% y E:97,4%. Los GIST tuvieron diámetro significativamente mayor y mayor frecuencia de señal Doppler positiva que los leiomiomas (Tabla 2).

Conclusiones: La EUS es una herramienta altamente útil para evaluar LSE, permitiendo descartar la lesión sospechada en el 17,9% de los casos y posicionando a los GIST y los leiomiomas como las patologías predominantes. La aguja FNB demostró un elevado rendimiento diagnóstico. Dado que el tamaño y la señal Doppler fueron las únicas variables con diferencias significativas entre GIST y leiomiomas, y debido a la moderada especificidad de la EUS para los GIST, la confirmación histológica sigue siendo esencial para el manejo definitivo.

Palabras clave: Endosonografía; Tumores del Estroma Gastrointestinal; Leiomioma.

Tabla 1. Frecuencia y caracteristicas de las lesiones subepiteliales según localización.

Localización, % (n)	Estirpe	Frecuencia, % (n)	Ecocapa	Ecogenicidad	Tamaño, mediana (RIC) mm
Esófago 22,5% (n=127)		**Leiomioma**	**78,7% (n=100)**	**2ª y 4ª**	**Hipoecogénica**	**10,6 (7,8-16,8)**
		Quiste de duplicación	9,4% (n=12)	3ª	Hipo/anecogénica	12,9 (10-28,5)
		Tumor de células granulares	5,5% (n=7)	3ª	Hipoecogénica	7 (6-11)
Estómago superior (Fondo y cuerpo) 40,7% (n=230)		GIST	60,0% (n=138)	2ª y 4ª	Hipoecogénicas	13,6 (10-21)
		Leiomioma	13,5% (n=31)	2ª y 4ª	Hipoecogénicas	8,9 (7-11)
		GIST vs Leiomioma	11,3% (n=26)	2ª y 4ª	Hipoecogénicas	12 (9-19,5)
Estómago inferior (Antro y píloro) 29,0% (n=164)		Páncreas ectópico	48,8% (n=80)	3ª	Hipoecogénica	12 (10-15)
		GIST	23,2% (n=38)	2ª y 4ª	Hipoecogénica	15 (10-20)
		Lipoma	19,5% (n=32)	3ª	Hiperecogénica	10 (8-15)
Duodeno 7,8% (n=44)		Tumor neuroendocrino	20,5% (n=9)	3ª	Hipoecogénica	9,5 (8-13)
		Páncreas ectópico	18,2% (n=8)	3ª	Hipoecogénica	11 (10,2-15,5)
		Lipoma	13,6% (n=6)	3ª	Hipoecogénica	9,5 (8,3-10,8)

Tabla 2. Comparación de características endosonográficas entre GIST y leiomiomas confirmados por histología.

Característica	GIST n=27	Leiomioma n=18	Valor pa
Tamaño, mediana (RIC) mm	**24 (18-29)**	**17 (9-24)**	**0,011**
Ecogenicidad, n/N (%) Hipoecogénico Isoecogénico	26/27 (96%) 1/27 (3,7%)	18/18 (100%) 0/18 (0%)	> 0,9
Bordes, n/N (%) Regulares Irregulares	18/22 (82%) 4/22 (18%)	4/9 (44%) 5/9 (56%)	0,077
Elastografía, n/N (%) Sólido/duro	17/17 (100%)	9/9 (100%)	> 0,9
Señal Doppler, n/N (%) Negativo Positivo	15/26 (58%) 11/26 (42%)	15/16 (94%) 1/16 (6,3%)	0,015

#110 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

PANCREATITIS AUTOINMUNE ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: FENOTIPOS Y EVOLUCIÓN EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA CHILENA

CAROLIN NAVA PEREZ[1], CRISTIAN PAULSEN[2], PAULINA NUÑEZ[1], EDITH PEREZ DE ARCE[3], RODRIGO QUERA[1], CARLA MANCILLA[2], GONZALO PIZARRO JOFRE[1], CAMILA ESTAY[3], FRANCISCA CARVAJAL GONZALEZ[1], LILIAN FLORES[1], RENE ROJAS[3], DANIELA SIMIAN[3], ZOLTAN BERGER[2]

[1]Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Clínica Universidad de los Andes; [2]Hospital Clínico Universidad de Chile; [3]Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile,

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-116

Introducción: La pancreatitis autoinmune (PAI), especialmente la de tipo 2, se asocia a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero existen escasos datos latinoamericanos sobre su presentación clínica y evolución conjunta.

Objetivos: Describir las características demográficas y clínicas de pacientes con EII y PAI, incluyendo fenotipo intestinal, presentación pancreática, tratamiento y evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con EII y PAI atendidos en dos centros chilenos. La PAI y subtipos se clasificaron según Criterios Diagnósticos Internacionales. Se analizaron fenotipo de EII, secuencia diagnóstica, presentación, exclusión de otras causas de pancreatitis, tratamiento, respuesta, recurrencia, colectomía y coexistencia de colangitis esclerosante primaria (CEP).

Resultados: De 1.473 pacientes con EII, 32 presentaron PAI; 19 (59%) eran hombres. La mediana de edad fue 36 años (19–65); seguimiento de 2 años (2 meses–10 años). Veintidós pacientes con colitis ulcerosa (69%), predominó colitis extensa (12/22; 55%), y 10 enfermedad de Crohn (31%), principalmente colónico (5/10) y fenotipo inflamatorio (7/10). Once pacientes (34%) recibieron tratamiento anti-TNF por EII. Una proctocolectomía con reservorio precedió al diagnóstico de PAI, sin registro de colectomías posteriores.

Prevaleció la PAI tipo 2 (31/32; 97 %) de curso leve. La EII precedió a la PAI en 17 (61%). La presentación más frecuente fue dolor abdominal (18/32; 56%). Se realizó endosonografía con punción en 3/32 (9,4 %); una biopsia confirmó PAI tipo 2 (1/32; 3%). Se midió IgG4 en 25/32 (78 %), con elevación en 1/25 (4,0 %). Veintiocho pacientes (88%) recibieron corticoides; en 27 se evaluó la respuesta mediante control de imágenes siendo completa en 21 (78%) y parcial en 6 (22%). No se registraron recurrencias. La CEP coexistió en 4/32 (13%).

Conclusión: La asociación PAI-EII fue infrecuente y casi exclusivamente de tipo 2. El curso pancreático fue favorable, con buena respuesta a corticoides y ausencia de recurrencias durante el seguimiento. La coexistencia de EII es relevante para la clasificación del subtipo de PAI en ausencia de biopsia pancreática.

#114 E-PÓSTER ENDOSCOPÍA

COLEDOCOLITIASIS EN 100 PACIENTES: PRESENTACIÓN CLÍNICA, MANEJO Y COMPLICACIONES

JOSEFINA ARELLANO ROJAS[1], MATIAS SALAZAR PIEROTIC[1], ESPERANZA MUJICA ERCILLA[2], XABIER DE ARETXABALA URQUIZA[1]

[1]HOSPITAL PADRE HURTADO; [2]Universidad Del Desarrollo

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-117

Introducción: La coledocolitiasis es una complicación frecuente de la colelitiasis, presente en 10–15% de los pacientes sometidos a

colecistectomía. Su manejo combina estrategias endoscópicas y quirúrgicas; la CPRE es una de las principales alternativas, con morbilidad de hasta 16% en series nacionales.

Objetivos: Describir la presentación clínica y comparar éxito de extracción, complicaciones y tiempo procedimental según estrategia de manejo.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y analítico, realizado entre enero y septiembre de 2026 en 100 pacientes con coledocolitiasis confirmada. Se registraron estrategias de resolución, éxito de extracción, complicaciones según Clavien-Dindo y tiempo procedimental. Se analizaron variables continuas con Kruskal-Wallis y categóricas con chi-cuadrado y Fisher. P <0,05 se consideró significativo.

Resultados: En 100 casos, la mediana de edad fue 65 años y 55% de mujeres. El 70% presentó dolor, 45% ictericia, 39% colangitis y 8% pancreatitis. La resolución fue mediante CPRE en 71%, Rendez-vous en 10%, vía transcística en 2% y EVBL en 8% y 9% presentó resolución diferida o rechazo de cirugía. El éxito de extracción fue 85,7%, 90% y 90%, respectivamente (p=0,88). Las complicaciones ocurrieron en 15,4%, sin diferencias significativas: 11,4% con CPRE, 20% con Rendez-vous y 30% con

EVBL/transcística (p=0,26). El tiempo procedimental fue menor con CPRE (39 min) que con Rendez-vous (129,5 min) o cirugía (128,5 min) con valor significativo de p<0,001. No se registraron muertes durante el seguimiento.

Conclusión: El manejo endoscópico logra tasas de éxito comparables a la cirugía, con menor tiempo de procedimiento y sin mortalidad registrada. La cirugía mostró una tendencia no significativa a mayor complicación, y más de la mitad de las complicaciones fueron de severidad mayor, lo que respalda reservar la vía quirúrgica para casos de manejo endoscópico fallido o contraindicado y refuerza la importancia de una adecuada selección de pacientes.

Palabras clave: Coledocolitiasis; Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica; Complicaciones; Cirugía Digestiva.

Resultados: según estrategia de resolución

Variable	CPRE	Rendez-vous	EVBL / transcística	p
% Pacientes	71%	10%	10%	—
Éxito de extracción	85,7%	90%	90%	0,88
Complicaciones	11,4%	20%	30%	0,26
Tiempo procedimental (Mediana)	39 min	129,5 min	128,5 min	<0,001

#115 E-PÓSTER ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

UPADACITINIB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

ROLANDO SEPÚLVEDA CORTÉS, BELÉN GIACAMAN FONSECA, BASTY SANHUEZA INOSTROZA, ARMANDO SIERRALTA ZÚÑIGA, CARLOS VALDEBENITO URIBE

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Facultad de Medicina Interna Universidad de La Frontera, Unidad de Gastroenterología, Temuco

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-118

Introducción: Upadacitinib (UPA) es una terapia avanzada eficaz en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero existe menor evidencia de vida real en pacientes multiexpuestos.

Objetivo: Evaluar efectividad, persistencia y seguridad de UPA en una cohorte de EII.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de 17 pacientes con EII tratados con UPA. Se analizaron características basales, terapias avanzadas previas, actividad clínica mediante Mayo score parcial en colitis ulcerosa (CU) y Harvey-Bradshaw Index (HBI) en enfermedad de Crohn (EC), proteína C reactiva (PCR), calprotectina fecal (CF), remisión clínica libre de corticoides, persistencia y eventos adversos. Las variables continuas se expresaron como mediana [RIC] y se compararon mediante Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes con CU y 5 con EC, incluyendo un paciente pediátrico; 9/17 (52,9%) eran hombres, con edad de 35 [26–39] años y duración de EII de 5 [2–10] años. Todos habían recibido anti-TNF, 10/17 (58,8%) 2 clases de terapias avanzadas, 9/17 (52,9%) ustekinumab y 2/17 (11,8%) un iJAK previo. Tres pacientes recibieron otra terapia avanzada concomitante y todos utilizaban corticoides al inicio. La remisión clínica libre de corticoides se observó en 11/17 (64,7%). La PCR disminuyó de 55 [25,5–67] a 8 [4–15] mg/L y la CF de 664 [479–1235] a 145 [86–178] µg/g (ambos p<0,001). En CU, el score Mayo parcial disminuyó de 7 [7–8,5] a 0 [0–3] (n=11; p=0,002); en EC, el HBI de 9 [9–12] a 2 [0–4] (n=5; p=0,063). Al último seguimiento, 15/17 (88,2%) continuaban en tratamiento con UPA. Se registraron 2/17 (11,8%) eventos adversos, uno grave, sin suspensiones por toxicidad.

Conclusiones: En esta cohorte de vida real, predominantemente multiexpuesta, UPA se asoció con remisión clínica libre de corticoides en cerca de dos tercios de los pacientes, reducción significativa de biomarcadores inflamatorios y alta persistencia terapéutica. Estos hallazgos deben interpretarse considerando el pequeño tamaño muestral y el uso concomitante de otras terapias avanzadas.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal multiexpuesta, estudio de vida real, upadacitinib.

TABLA 1.

Características generales	Edad, mediana [RIC], años	35 [26–39]
	Sexo masculino, n (%)	9 (52,9)
	Paciente pediátrico, n (%)	1 (5,9)
Tipo de EII	Duración de EII, mediana [RIC], años	5 [2–10]
	Colitis ulcerosa, n (%)	12 (70,6)
	Enfermedad de Crohn, n (%)	5 (29,4)
Exposición terapéutica previa	Anti-TNF previo, n (%)	17 (100)
	≥2 terapias avanzadas previas, n (%)	10 (58,8)
	Ustekinumab previo, n (%)	9 (52,9)
	Inhibidor de JAK previo, n (%)	2 (11,8)
Situación al inicio de upadacitinib	Uso de corticoides, n (%)	17 (100)
	Terapia avanzada concomitante, n (%)	3 (17,6)

Datos expresados como n (%) o mediana [RIC], según corresponda. **EII:** enfermedad inflamatoria intestinal; **RIC:** rango intercuartil; **anti-TNF:** antagonista del factor de necrosis tumoral; **JAK:** Janus kinase.

#116 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN POST-TIPS EN PACIENTES CON CIRROSIS: COHORTE RETROSPECTIVA REALIZADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

THERIUS GELIN[1], JENIRE CAROLIN CHACÓN ROMERO[2]

[1]HOSPITAL SAN BORJA/UNIVERSIDAD DE CHILE; [2]HOSPITAL SAN BORJA

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-119

Introducción: La derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) es una alternativa terapéutica para complicaciones de la hipertensión portal, principalmente ascitis refractaria y hemorragia variceal.

Objetivos: Describir las características clínicas, indicaciones, cambios hemodinámicos y evolución posterior al TIPS en pacientes con cirrosis hepática.

Método: LOGÍA: Estudio observacional de cohorte retrospectiva de adultos con cirrosis sometidos a TIPS en un hospital terciario de Chile. Se analizaron características clínicas, indicación, MELD-Na previo-TIPS y gradiente de presión pre y post-TIPS. Los desenlaces fueron ascitis, encefalopatía hepática, resangrado y reintervención. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango y las categóricas como frecuencia y porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes, mediana de edad 61 años (rango 49–71); 4 (57,1%) fueron mujeres. La indicación fue ascitis refractaria/intratable en 4 (57,1%) y hemorragia variceal recurrente o refractaria en 3 (42,9%). La mediana de MELD-Na previo-TIPS fue 15. Cinco pacientes (71,4%) disponían de mediciones hemodinámicas pre y post-TIPS; la mediana del gradiente disminuyó de 20 a 9 mmHg, con reducción individual mediana de 11 mmHg. Al último seguimiento, 5 (71,4%) estaban sin ascitis y 2 (28,6%) presentaban ascitis persistente o recurrente. Se documentó encefalopatía post-TIPS en

3 (42,9%). Un paciente (14,3%) presentó resangrado y requirió reintervención.

Conclusión: La ascitis refractaria fue la principal indicación de TIPS. Se observó reducción del gradiente en los pacientes con mediciones disponibles y ausencia de ascitis en la mayoría al último seguimiento. La encefalopatía fue una complicación frecuente. Estos resultados deben interpretarse considerando el reducido tamaño de la cohorte.

Palabras clave: Cirrosis hepática; Hipertensión portal; Derivación portosistémica intrahepática transyugular; Ascitis.

Resumen de las características y resultados de la cohorte TIPS

Variable	Resultado
Pacientes, n	**7**
Edad, mediana (rango), años	61 (49–71)
Sexo femenino, n (%)	4 (57,1%)
INDICACIÓN DEL TIPS	
Ascitis refractaria/intratable, n (%)	4 (57,1%)
Hemorragia variceal recurrente/refractaria, n (%)	3 (42,9%)
MELD-Na peri-TIPS, mediana	15
Gradiente pre/post disponible, n (%)	5 (71,4%)
Gradiente pre-TIPS, mediana	20 mmHg
Gradiente post-TIPS, mediana	9 mmHg
Reducción individual mediana del gradiente	11 mmHg
EVOLUCIÓN POST-TIPS	
Sin ascitis al último control, n (%)	5 (71,4%)
Ascitis persistente/recurrente, n (%)	2 (28,6%)
Encefalopatía hepática post-TIPS confirmada, n (%)	3 (42,9%)
Resangrado post-TIPS, n (%)	1 (14,3%)
Reintervención del TIPS, n (%)	1 (14,3%)

#117 E-PÓSTER HEPATOLOGÍA

MANEJO CLÍNICO DE LESIONES LI-RADS 4 EN DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO: FACTORES ASOCIADOS A LA DECISIÓN TERAPÉUTICA

LEONARDO CALABRANO DELIS[1], SEBASTIÁN CARRASCO[2], BENJAMÍN CHAHUÁN[2], FELIPE MATUS[2], FRANCISCO MATUS[3], GONZALO CÁRDENAS[2], FRANCISCA ARAYA[2], GUILLERMO AGUILERA[2], JORGE CONTARDO[2], JAIME PONIACHIK[2], ÁLVARO URZÚA[2]

[1]Hospital Clinico Universidad de Chile; [2]Hospital Clínico Universidad de Chile; [3]Universidad de Los Andes

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-120

Introducción: En pacientes con daño hepático crónico (DHC), las lesiones LI-RADS 4 (LR-4) corresponden a lesiones con alta probabilidad de hepatocarcinoma (HCC), sin criterios diagnósticos definitivos (LR-5), lo que condiciona variabilidad entre conductas de seguimiento estricto, biopsia o tratamiento activo, entre otras. Existe escasa evidencia sobre qué determinantes clínicos e imagenológicos guían la toma de decisiones en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar factores clínicos e imagenológicos asociados a la conducta terapéutica en lesiones LR-4 en un comité multidisciplinario.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital Clínico Universidad de Chile (2021-2026) en adultos con DHC y LR-4 en resonancia magnética. Se analizaron variables clínicas, de laboratorio e imagenológicas. El desenlace primario fue la conducta a 90 días por comité multidisciplinario. Se aplicó estadística descriptiva y análisis bivariado para identificar factores asociados a tratamiento activo.

Resultados: Se analizaron 39 casos (mediana edad 67 años; 56,4% hombres; MASLD 66,7%), con subgrupos de LR-4 aislado (n=23), asociado a LR-5 (n=8) y con HCC previamente tratado (n=8). Las conductas predominantes fueron tratamiento activo (ablación, TACE o resección) en 48,7% (n=19) y seguimiento imagenológico en 38,5% (n=15). Al comparar ambas conductas (n=34), el tratamiento activo se asoció a mayor AFP (7,2 vs 3,5 ng/mL, p=0,012) y multifocalidad (p=0,009). No hubo diferencias de conducta en el análisis de subgrupos (p=0,86). En el subgrupo con LR-4 aislado (n=19), los predictores de intervención activa fueron mayor tamaño lesional (15,0 vs. 10,0 mm; p=0,034), mayor AFP (4,6 vs. 3,0 ng/mL; p=0,025), multifocalidad (p=0,033) y mejor reserva funcional por menor MELD-Na (9,5 vs. 14,0; p=0,046).

Conclusión: En nuestro estudio, la decisión terapéutica no depende únicamente de la categoría imagenológica, sino que está condicionada por la carga tumoral y nivel de AFP, y en LR-4 aislados, además por la reserva funcional hepática (MELD-Na). Estos resultados exploratorios destacan la valoración multimodal de estos casos y la necesidad de un comité multidisciplinario para su definición.

Palabras clave: Carcinoma Hepatocelular, LI-RADS 4, Toma de Decisiones, Factores predictores.

Tabla 1. Caracterización de la cohorte con LR4

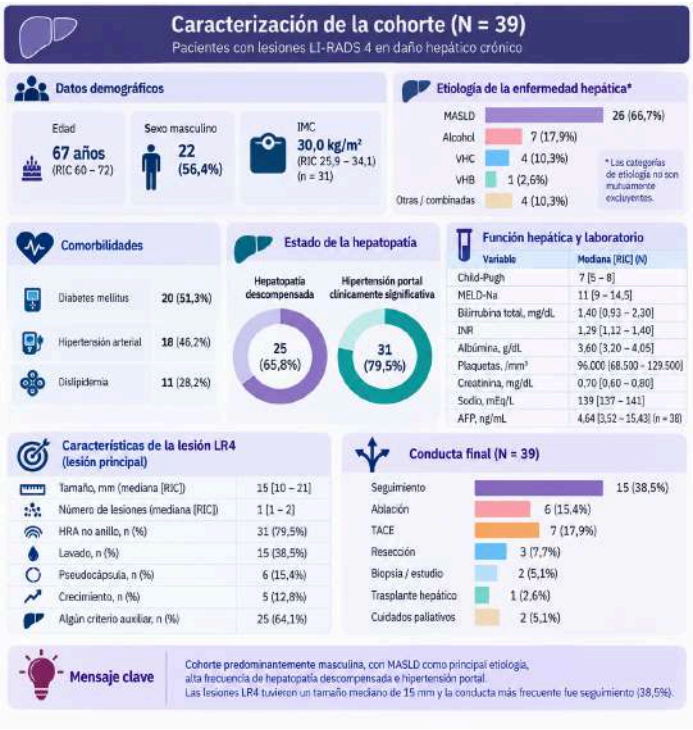
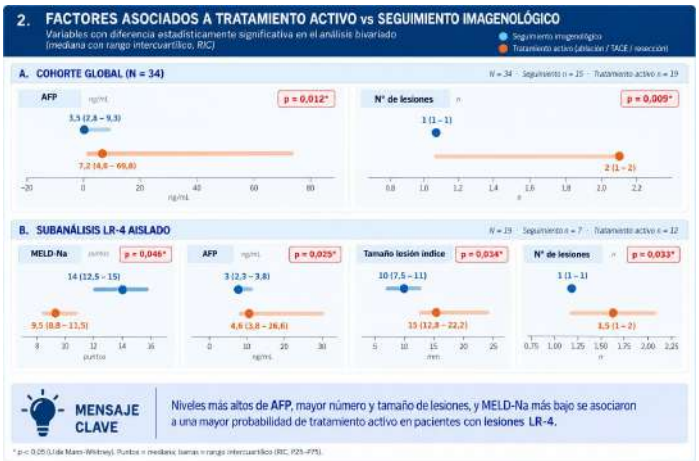


Tabla 2. Factores asociados a tratamiento activo vs seguimiento



#118 E-PÓSTER NEUROGASTROENTEROLOGÍA

CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE SE REALIZAN PRUEBA DE AIRE ESPIRADO CON LACTULOSA EN CENTRO DE REFERENCIA

MARIA FERNANDA BARRA FRIZ[1], HUGO MONRRROY BRAVO[2], JAVIER CHAHUÁN ABDE[1], JOSE IGNACIO GRAN SCHEUCH[1], DIEGO REYES PLACENCIA[1], MANUEL BARRERA OÑATE[1]

[1]RED-UC CHRISTUS; [2]RED UC CRHISTUS

https://doi.org/10.46613/gastrolat2026s1-121

Introducción: El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) es una entidad con creciente interés, sin embargo, aun presenta controversias en relación a su diagnóstico. La evidencia sobre predictores de positividad de la prueba de aire espirado (TAE) y de respuesta al tratamiento es aun limitada, particularmente en Latinoamérica.

Objetivos: Caracterizar pacientes sometidos a prueba de aire espirado con lactulosa, identificar predictores de positividad y factores asociados a la respuesta terapéutica.

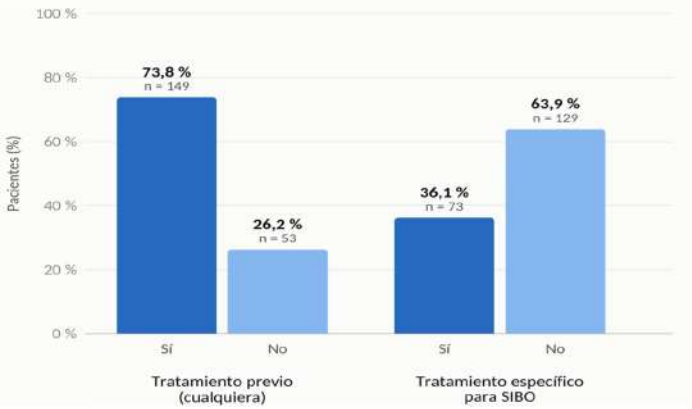
Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo unicéntrico (entre agosto 2025 a junio 2026), de 310 adultos derivados para prueba de aire espirado con lactulosa. Durante la realización de prueba se aplicaron encuestas validadas sobre síntomas y comorbilidades psicológicas, además se recopilaron datos demográficos y clínicos. Se definió positividad a los 60 minutos y 90 minutos, con valores mayor o igual a 20 ppm (partes por millón) y criterios para flora productora de metano con valor mayor o igual a 10 ppm. A los 3 mesesm e realizó seguimiento de los pacientes para evaluar "adequate relief"(desenlace primario, dicotómico), porcentaje de mejoría (ordinal), si recibió tratamiento y el tipo de terapia recibida. Se realizó análisis estadístico mediante software R studio. Para análisis descriptivo; variable continuas se evaluaron mediante prueba de Shapiro-Wilk, expresadas en mediana y rango intercuartil; y categóricas se expresaron en frecuencias absoultas y porcentajes. Para evaluar total de variables recopiladas, se realizó análisis de componentes principales (dominios clínico y de gases) y se analizaron mediante regresión logística binaria, de odds proporcionales, ajustadas secuencialmente.

Resultados: La mediana de edad fue de 42,5 años; 74,8% mujeres. La positividad fue 24,8% a los 60 minutos, 47,7% a los 90 minutos y 52,0% para flora productora de metano. Ninguna escala sintomática ni psicológica difirió entre positivos y negativos. La edad fue el único predictor de positividad a los 60 minutos (OR 0,977; IC95% 0,960-0,995; p=0,014; área bajo la curva 0,610); a los 90 minutos ninguno alcanzó significación (área 0,609). Completaron seguimiento 202 pacientes (65,2%); 146 (72,3%) refirieron adequate relief. El tratamiento específico fue el predictor más fuerte de evolución favorable (OR 3,88; p=0,002 para adequate relief; OR 2,80; p<0,001 en el modelo ordinal). La severidad clínica basal se asoció inversamente con la mejoría (OR 0,80; p=0,002), con variación del OR menor al 5% entre modelos. El componente de metano, significativo en el modelo basal, perdió toda asociación al ajustar por tratamiento.

Conclusiones: Ningún perfil clínico predijo la positividad, y la magnitud de producción de gases no predijo la respuesta una vez controlada la indicación terapéutica. La prueba cumple un rol diagnóstico, no pronóstico. Omitir la medición de metano subdiagnosticaría a más de la mitad de los pacientes.

Palabras clave: sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado , Pruebas de aire espirado, Metano, Aqueate Relief.

Distribución pacientes tratados que reportaron "adequate relief"



Comparación variable en grupo con positividad a 90 minutos. Variables no paramétricas,, expresadas como mediana [rango intercuartil]; comparadas con prueba de Mann-Whitney U. IBSSS expresado como media ± desviación estándar (distribución normal confirmada por Shapiro-Wilk, p=0,464); comparado con t de Student . * p<0,05.

	SIBO positivo (n=148)	SIBO negativo (n=162)	valor p	OR	IC 95%	valor p (OR)
Edad	40,0 [32,0-52,0]	45,0 [36,0-58,0]	0,017	0,983	0,969-0,998	0,024
IMC	25,3 [23,0-28,6]	26,6 [23,0-29,7]	0,128	0,963	0,915-1,014	0,151
GSRS Global	2,8 [2,1-3,3]	2,7 [2,1-3,3]	0,720	1,044	0,800-1,363	0,749
IBSSS	264,9 ±90,9	256,3 ± 101,7	0,432	1,001	0,999-1,003	0,431
Mayo severidad	13,0 [10,0-14,2]	13,0 [9,0-16,0]	0,668	1,006	0,956-1,059	0,820
Mayo calidad	1,2 [0,8-1,4]	1,2 [0,8-1,5]	0,484	0,840	0,570-1,238	0,378
HADS-A	7,0 [5,0-11,0]	7,0 [4,0-10,0]	0,374	1,025	0,972-1,080	0,367
HADS-D	5,0 [3,0-8,0]	5,0[2,0-8,0]	0,609	1,011	0,957-1,068	0,697