www.neurogastrolatamreviews.com PERMANYER NeuroGastroLatam Rev. 2023;7(1):47-51

NeuroGastroLatam Reviews ARTÍCULO DE REVISIÓN

Una revisión de los trabajos libres presentados en el Primer Foro de la Asociación Mexicana de Neurogastroenterología y Motilidad para el Desarrollo de Jóvenes Mexicanos Neurogastroenterólogos. Parte II

A review of the free papers presented at the First Forum of the Mexican Association of Neurogastroenterology and Motility for the Development of Young Mexican Neurogastroenterologists. Part II

M. Eugenia Icaza-Chávez

Christus Muguerza Faro del Mayab, Mérida Yucatán, México

RESUMEN

Se realizó una revisión de los trabajos libres presentados durante el Primer Foro de la Asociación Mexicana de Neurogastroenterología y Motilidad para el Desarrollo de Jóvenes Mexicanos Neurogastroenterólogos. Se presentaron trabajos que versaron sobre acalasia esofágica, enfermedad por reflujo gastroesofágico y trasplante pulmonar, disfagia orofaríngea, síndrome de intestino irritable y estreñimiento crónico.

Palabras clave: Primer Foro. Asociación Mexicana de Neurogastroenterología y Motilidad. Jóvenes mexicanos neurogastroenterólogos. Trabajos libres.

ABSTRACT

This is a review of the oral presentations during the First Forum of Young Mexican Neurogastroenterologist held during the anual course of the Mexican Association of Neurogastroenterology and Motility. The investigations presented include esophageal achalasia, oropharyingeal dysphagia, GERD and lung transplant, irritable bowel syndrome and constipation.

Keywords: First Forum. Mexican Association of Neurogastroenterology and Motility. Young Mexican neurogastroenterologists. Oral presentations.

Correspondencia:
M. Eugenia Icaza-Chávez
E-mail: maruicaza@gmail.com

NeuroGastroLatam Rev. 2023;7:47-51
Recibido: 21-09-2023
Aceptado: 22-09-2023
DOI: 10.24875/NGL.23000018

2462-7011/© 2023 Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología, A.C. Published by Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

ACALASIA

Se han descrito relajaciones espontáneas del esfínter esofágico superior (EES) como parte de los cambios en las manometrías de alta resolución (MAR) en pacientes con acalasia. Con el fin de estudiar la presencia de estas relajaciones, el Dr. Jorge Aquino Matus presentó su trabajo observacional, retrolectivo y transversal de estudios en pacientes con acalasia. Las relajaciones espontáneas del EES se definieron como la interrupción del contorno isobárico de 12 mmHg en el EES en ausencia de contracción de la hipofaringe hasta 15 segundos desde el inicio de la deglución. Se midió la integral contráctil distal esofágica 5 segundos antes y después de la relajación espontánea del EES, así como la presión máxima del EES antes y después de la relajación espontánea. Los resultados de los pacientes con acalasia se compararon con los de un grupo de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con pH-metría positiva. En 179 estudios analizados, se demostró una prevalencia global de relajaciones espontáneas del EES del 30.1%, con un 42.2% en acalasia, un 12.1% en ERGE y un 13.3% en sanos ($p = 0.05$). La integral contráctil tras la relajación espontánea del EES y la presión máxima del EES previa a la relajación espontánea fueron significativamente mayores en el grupo con acalasia.

Aproximadamente el 10-20% de los pacientes tratados con miotomía de Heller tienen síntomas persistentes o recurrentes y requieren otro tratamiento. El Dr. Díaz Crespo investigó si las alteraciones en el EES podían predecir la respuesta clínica en pacientes con acalasia sometidos a miotomía de Heller[1]. Estudió a 18 pacientes y el 66.7% tuvieron alguna anomalía en el EES. De ellos, el 75% tuvieron falta de relajación y el 25% hipocontractilidad del EES. No se encontró una asociación entre el tipo de acalasia y la presencia de anormalidades del EES. Tampoco se halló una asociación significativa entre las alteraciones del EES y la respuesta al tratamieno.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, MOTILIDAD ESOFÁGICA Y TRASPLANTE PULMONAR

La ERGE es frecuente en los pacientes receptores de trasplante de pulmón, y una ERGE preexistente puede empeorar después del trasplante. Se ha implicado al reflujo como un factor de riesgo para la disfunción crónica del pulmón trasplantado[2]. El Dr. Jiménez Castillo estudió 26 pacientes en protocolo de trasplante pulmonar con MAR y pH-metría/impedancia. El 88% tenían diagnóstico de fibrosis pulmonar. Se encontró exposición esofágica al ácido elevada en el 7.6% de los sujetos. Este porcentaje es menor que los reportados en otras series (30-73%).

DISFAGIA OROFARÍNGEA

El envejecimiento de la población es una realidad, de tal manera que se calcula que para el año 2030 el 11.7% de la población serán ancianos. En los Estados Unidos de América se calcula que el 40-60% de la población en casas de retiro padecen cierto grado de disfagia orofaríngea[3]. Esta pone en riesgo al paciente, provocando desnutrición y riesgo de broncoaspiración. Se debe a alteraciones anatómicas o sensoriomotoras (o

ambas). Es más frecuente en quienes sufren enfermedades neurológicas. Uno de los mecanismos compensadores de la disfagia orofaríngea es el uso de espesantes para incrementar la viscosidad de los alimentos. Los líquidos son de mayor riesgo para el paciente, pues pasan más rápido que el tiempo que tarda el vestíbulo laríngeo en cerrarse[4]. El Dr. Solís Ortega comentó en la presentación de su trabajo sobre disfagia que los determinantes de la viscosidad del bolo alimenticio son las fuerzas de cizallamiento de la cavidad orofaríngea y el efecto de la amilasa alfa salival. Las primeras afectan a los espesantes basados en gomas y la segunda a los espesantes de almidón. Su estudio tuvo como objetivo determinar el efecto de la amilasa alfa salival y de las tasas de cizallamiento orofaríngeo en la viscosidad final de los espesantes, y describir la disponibilidad y el tipo de espesantes disponibles en Latinoamérica. Mediante un espesante de almidón y un espesante de goma xantana se lograron la viscosidad néctar, miel y pudín. Se midió la viscosidad de los líquidos después de utilizar un reómetro que produce cizallamiento y de la incubación oral en voluntarios sanos. Como hallazgos principales del estudio se concluye que el almidón modificado disminuye su viscosidad hasta convertirse en líquido después de 10 segundos de incubacion oral. Las tasas de cizallamiento disminuyen la viscosisdad final de las gomas, pero esta no se ve afectada por la amilasa alfa salival. En términos generales, la viscosidad lograda con goma xantana es más estable que con almidón, y de hecho, es el producto menos disponible en América Latina.

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Tanto el tratamiento con antibióticos no absorbibles como distintas dietas han mostrado lograr una mejoría del síndrome de intestino irritable (SII) en algunos subgrupos de pacientes[5]. La Dra. García Cedillo presentó los resultados de la respuesta sintomática a un tratamiento con rifaximina por 2 semanas o a una dieta modificada en FODMAP (fructo-oligo-di-monosacáridos y polioles) en pacientes con SII con diarrea o mixto, con sobrepoblación bacteriana. Este fue un estudio aleatorizado controlado para recibir rifaximina más dieta modificada en FODMAP, solo rifaximina o solo dieta modificada en FODMAP. Se estudiaron 79 sujetos. Después de 4 semanas respondieron al tratamiento el 78% de los pacientes asignados a dieta modificada en FODMAP con rifaximina, el 68% con rifaximina sola y el 59% con solo dieta. Concluye el estudio que tuvieron mejor respuesta los pacientes tratados con la combinación de dieta y rifaximina.

El SII tiene una amplia asociación con síntomas extraintestinales, como fibromialgia, ansiedad, depresión y síntomas urinarios. Aproximadamente el 50% de los pacientes con SII padecen manifiestaciones extraintestinales asociadas[6]. El Dr. Félix Téllez determinó la frecuencia, el fenotipo de presentación y el impacto en la calidad de vida asociados con síntomas urinarios en pacientes con SII. Se estudiaron 790 sujetos, 263 con SII y 527 controles. La prevalencia de síntomas urinarios en los pacientes con SII fue del 65.8% y en los controles fue del 21.6%. El SII se asoció significativamente con los síntomas urinarios de almacenamiento, vaciamiento y posvaciamiento. Su presencia en el SII se asoció con el uso de antiespasmódicos y depresión.

ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

El 27-59% de los pacientes con estreñimiento crónico tienen disinergia defecatoria[7]. En el estudio SIGAME, en población mexicana, el 1.3% de los individuos encuestados tuvieron síntomas compatibles con disinergia defecatoria. La Dra. Dorantes Nava revisó los expedientes de 510 pacientes enviados para manometría anorrectal entre 2019 y 2023. De ellos, el 27.6% cumplieron criterios diagnósticos para disinergia de la defecación. El único factor de riesgo sigificativo para presentar este trastorno fue ser mujer. Los antecedentes de tabaquismo, cirugía previa, partos o abortos, o comorbilidad, no fueron factores de riesgo con significancia estadística.

Dentro del estudio de la disinergia de la defecación forma parte muy importante la expulsión de un globo rectal. Aunque lo ideal es que la expulsión se realice de manera más fisiológica, en posición sentado, en un baño y con privacidad, muchas veces se realiza en posición de decúbito lateral izquierdo. La Dra. Beltré González estudió el efecto de la posición sobre la expulsión del globo rectal en individuos con disinergia defecatoria o incontinencia funcional. Se realizó una revisión de expedientes de manera transversal y se reclutaron voluntarios sanos para realizar una comparación. Los controles sanos no pudieron expulsar el globo en posición sentada (8.3%) y en decúbito lateral (41.7%). De la totalidad de los pacientes con disinergia defecatoria e incontinencia fecal que expulsaron el globo en posición sentado, el 40.7% y el 36.7%, respectivamente, no lo pudieron expulsar en decúbito lateral.

Para estudiar la sensibilidad rectal, la Dra. Lemus Chavarría utilizó el baróstato ambulatorio que se coloca por vía rectal y se infla para alcanzar una presión rectal de 40 mmHg o un volumen de 700 ml. En 123 pacientes se determinaron la distensibilidad rectal y los umbrales sensitivos de primera sensación, urgencia y máxima tolerancia, comparándolos con los determinados con manometría anorrectal. Los pacientes eran estudiados por estreñimiento crónico, incontinencia fecal y proctalgia. La concordancia entre los dos métodos fue baja. La correlación entre primera sensación, deseos de evacuar y urgencia fue $r = 0.044$, $r = 0.164$ y $r = 0.155$, respectivamente ($p > 0.05$). Los pacientes con estreñimiento tuvieron una mayor capacidad rectal (255 ± 80; $p = 0.014$) y una mayor distensibilidad (9.03 mmHg/ml; $p = 0.04$) en comparación con los otros pacientes.

El Dr. Arenas Martínez estudió a pacientes con diabetes y prediabetes para tratar de correlacionar el control glucémico con la función anorrectal sensitiva y motora. En un estudio transversal se analizaron las manometrías anorrectales realizadas entre 2017 y 2022 en individuos que contaban con una determinación de la hemoglobina glucosilada 3 meses antes o después de la realización del estudio. Se revisó el caso de 395 pacientes con MAR y se excluyeron 260 pacientes por expedientes incompletos, falta de expediente u otra indicación de la MAR. Posteriormente se analizaron 135 pacientes, 41 sin diabetes, 47 con diabetes y 47 con pre-diabetes. La única correlación positiva encontrada fue entre la hemoglobina glucosilada y el volumen para alcanzar la urgencia defecatoria ($r = 0.230$; $p = 0.007$). No se observó un cambio significativo en la función motora de los pacientes con diabetes *mellitus.*

FINANCIAMIENTO

No se recibió financiamiento para la elaboración de este artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece a a la mesa directiva de la Asociación Mexicana de Neurogastroenterología y Motilidad (AMNM) por la invitación a este simposio.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. La autora declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. La autora declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. La autora declara que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huang Z, Cui Y, Li Y, Chen M, Xing X. Peroral endoscopic myotomy for patients with achalasia with previous Heller myotomy: a systematic review and meta-analysis. Gastrointest Endosc. 2021;93:47-56.e5.
2. Bedair B, Hachem RR. Management of chronic rejection after lung transplantation. J Thorac Dis. 2021;13:6645-53.
3. Xavier JS, Gois ACB, Travassos LCP, Pernambuco L. Oropharyngeal dysphagia frequency in older adults living in nursing homes: an integrative review. Codas. 2021;33(3):e20200153.
4. Clavé P, de Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farré R, Palomera E, et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. Aliment Pharmacol Ther. 2006;24:1385-94.
5. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol. 2021;116:17-44.
6. Ohlsson B. Extraintestinal manifestations in irritable bowel syndrome: a systematic review. Therap Adv Gastroenterol. 2022;15: 17562848221114558.
7. Rao SS, Patcharatrakul T. Diagnosis and treatment of dyssynergic defecation. J Neurogastroenterol Motil. 2016;22:423-35.