www.neurogastrolatamreviews.com

PERMANYER

Check for updates

NeuroGastroLatam Reviews

EDITORIAL

Abelchia, pruebas complementarias para manometría esofágica de alta resolución, más allá de IBPs en dispesia funcional, y el grupo FINDERS

Abelchia, complementary tests for high-resolution esophageal manometry, beyond PPIs in functional dyspepsia, and the FINDERS group

Max J. Schmulson[1]* y Miguel Saps[2]

[1]Profesor Titular de Medicina, Laboratorio de Trastornos Neurogastroenterológicos-Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México-México; [2]Profesor de Pediatría, Jefatura División de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Universidad de Miami-Miller School of Medicine, Miami, Florida

En este número de *NeurogastroLATAM Reviews* se publican tres artículos que abordan temas variados de la neurogastroenterología del tubo digestivo alto, así como los resúmenes presentados en la reunión FINDERS.[1-4]

En primer lugar, se publican dos artículos liderados por el Dr. Yeong Yeh-Lee, de la Universidad Sains de Malaysia, quien revisa dos temas de actualidad. El primero sobre *abelchia,* y el segundo sobre la maniobra de elevación recta de las piernas (SLR) como prueba complementaria en la evaluación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) durante la manometría de alta resolución (HRM) del esófago.[1-2]

El término *abelchia*, que resulta difícil traducir al español, también conocido como disfunción cricofaríngea retrógrada (R-CPD), es la incapacidad de eructar. Si bien este es un trastorno considerado del área de la otorrinolaringología, o al menos la literatura de esta especialidad es quizá la que más publicaciones ha dedicado al tema[5-8], es un motivo de consulta frecuente al gastroenterólogo y al neurogastroenterólogo, debido a que el paciente refiere la incapacidad de eructar junto con la presencia de distensión subjetiva y/o visible, y la presencia excesiva de gases. Todos los anteriores son síntomas de trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC)[2]. Otros síntomas asociados incluyen la presencia de un gorgoteo restroesternal, dolor torácico, disfagia y reflujo gastroesofágico[6]. La fisiopatología de este trastorno se desconoce, pero se ha propuesto el papel potencial del reflujo gastroesofágico y del reflujo laringofaríngeo (LPRD) en conjunto con factores genéticos. Lechien lo explica en un editorial reciente, en el cual argumenta que los eventos de reflujo

***Correspondencia:**
Max J. Schmulson
E-mail: maxjulio@prodigy.net.mx

NeuroGastroLatam Rev. 2025;9:71-75
Fecha de recepción: 15-09-2025
Fecha de aceptación: 29-09-2025
DOI: 10.24875/NGL.M25000029

2462-7011/© 2025 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/).

proximal desencadenan espasmo del esfínter esofágico superior. También menciona que recientes investigaciones utilizando monitoreo de pH-impedancia hipofaríngea-esofágica han identificado dos trastornos en pacientes con LPRD confirmado: aquellos con LPRD y motilidad esofágica normal, y aquellos con LPRD y alteraciones de la motilidad esofágica; siendo esta última la que desencadena el LPRD.[5] Refiere Lechien que la integridad de la motilidad esofágica anterógrada es fundamental como protector del reflujo esofagofaríngeo. La presencia o ausencia de dismotilidad esofágica explicaría la heterogeneidad de los síntomas en *abelchia*[5].

En el artículo de Ehab-Ayad et al. del presente número, los autores hacen una revisión sistemática en PubMed, Scopus y Web of Science, donde analizan 29 artículos y concluyen que el diagnóstico se basa principalmente en la evaluación clínica del paciente, en conjunto con la HRM del esófago, durante la cual la provocación de eructos produce anomalías del esfínter esofágico superior[1]. El tratamiento consiste principalmente en la inyección de toxina botulínica en el músculo cricofaríngeo, que logra una resolución del 80-90% de los casos, y en aquellos refractarios, el tratamiento es la miotomía quirúrgica[1].

El segundo artículo, por Sozzi et al., revisa el impacto de la prueba provocativa de SLR durante la HRM del esófago para evaluar la integridad funcional de la unión esofagogástrica, con el objeto de ayudar en el diagnóstico del reflujo gastroesofágico[2]. Los 12 estudios revisados en ese artículo, reportan que la prueba se puede realizar elevando solo una o ambas piernas 45 grados de las caderas, por al menos 5 segundos, y repetirla dos veces. Esta maniobra permite detector la debilidad de la barrera antirreflujo aun en presencia de una unión esofagogástrica que parece intacta y sirve como marcador subrogado para evaluar la reserva en la contracción esofágica, como refieren Sozzi al.[2] Así mismo, un incremento en la presión intraesofágica o disminución de impedancia de un segmento contráctil, luego de la maniobra, también parece predecir la presencia del reflujo gastroesofágico. Esta prueba hace parte de la puntuación de Milán,[9] también revisada por Sozzi et al. La puntuación o *score* de Milán es una novedosa métrica que integra la presencia de motilidad esofágica inefectiva, la integrada de la contractilidad de la unión esofagogástrica, la morfología de dicha unión y la respuesta a la SLR, como predictores de riesgo para ERGE[9].

Cabe señalar que en la clasificación de Chicago 4.0 se introdujeron varias pruebas provocativas durante el protocolo de HRM del esófago[10]. Por ejemplo, el protocolo de Chicago 4.0 requiere que los pacientes realicen una transición de la posición supina a la vertical para mejorar la eficacia en incrementar la presión intraabdominal y poder predecir el reflujo gastroesofágico patológico[10]. De hecho, un reciente estudio comparó esta prueba de transición con la SLR, y parecen ser comparables, sin embargo la prueba de transición tiene mayor sensibilidad y menor especificidad. Los autores de dicho estudio comparativo concluyeron que cuando ambas pruebas son concordantes, la prueba de transición supina a la posición vertical puede aumentar la confidencia del SLR y aumentar la precisión de la puntuación de Milán[11].

El tercer artículo de este número, liderado por el Dr. Ignacio Hanna, es una interesante revisión

sobre las alternativas terapéuticas de la dispepsia funcional, cuando los pacientes no responden a la primera línea de tratamiento para este trastorno, es decir, los inhibidores de la bomba de protones (IBP)[3]. Se menciona en segundo línea el uso de procinéticos, cuya disponibilidad en América Latina es muy amplia, sobre todo para los pacientes con dispepsia funcional con el subtipo de distrés posprandial (SDP). Existe una amplia gama de estos agentes: agonistas de los receptores de serotonina 4, antagonistas dopaminérgicos, inhibidores de colinesterasas, y aquellos con mecanismos de acción mixtos[3]. Sin embargo, se señala en este artículo que estos medicamentos no tienen evidencia de alta calidad[12]. Los neuromoduladores centrales son otra alternativa, ya que estos agentes regulan la concentración de neurotransmisores involucrados en mecanismos fisiopatológicos de la dispepsia funcional, tales como la hipersensibilidad visceral. El artículo recomienda el uso de mirtazapina y tricíclicos como segunda línea de tratamiento tanto en el SDP como en el síndrome de dolor epigástrico (SDE)[13]. La erradicación de *Helicobacter pylori* es otra posibilidad terapéutica en dispepsia funcional que se revisa, así como la modulación de la microbiota con rifaximina, un interesante concepto que ha surgido en los últimos años en dispepsia funcional[3]. Lo anterior se fundamenta en el hecho de que la sobrepoblación bacteriana del intestino delgado determinada mediante pruebas de aliento se encuentra presente hasta en un 37% de los pacientes con dispepsia funcional[14]. Al menos dos estudios han demostrado la efectividad de la rifaximina en dispepsia funcional[15,16]. Ahora hay que considerar otros agentes terapéuticos tales como la rebamipida, que ya se encuentra disponible en México. Este agente es un gastroprotector que ha sido aprobado para el manejo de la gastritis, y que potencialmente podría ser efectivo en el tratamiento de pacientes con dispepsia funcional tipo SDE, además de su efectividad en la erradicación de *H. pylori*[17,18].

Es importante mencionar que actualmente se lleva a cabo el Consenso Latinoamericano para el Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional por la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), la Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología (SLNG), que publica esta revista, y la Asociación Mexicana de Neurogastroenetrología y Motilidad (AMNM). Este consenso se publicará a principios del 2026 y tendremos mejores lineamientos para el tratamiento de dispepsia funcional en nuestra región.

En la última sección de este número de *NeurogastroLATAM Reviews* destacamos el vigor de la investigación colaborativa en nuestra región. La sección de cierre presenta la historia del grupo FINDERS (*Functional International Digestive Epidemiological Research Survey*), seguida por los resúmenes de 22 trabajos discutidos durante su reunión anual realizada en San José, Costa Rica, el 26 de mayo de 2025.

FINDERS fue fundado hace 15 años por el Dr. Miguel Saps (uruguayo, radicado en Miami, EE.UU.) y Co-Editor en Jefe de esta revista, y el Dr. Carlos Alberto Velasco-Benítez (Cali, Colombia), durante el 3.er Congreso Mundial de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica en el año 2008. Desde entonces se ha consolidado como una de las iniciativas de investigación más fructíferas en gastroenterología pediátrica de

América Latina. Antes de su creación, la producción científica regional sobre los TIIC (antes denominados trastornos funcionales gastrointestinales) era limitada, con apenas unas cuantas publicaciones en PubMed. Hoy la red agrupa investigadores de 27 centros de América Latina, además de España y EE.UU., organiza reuniones internacionales anuales y, tras cada encuentro, publica un volumen con las memorias. Entre sus logros cuenta con más de 50 publicaciones colaborativas, más de 100 resúmenes en congresos internacionales, múltiples presentaciones orales y premios, y al menos diez proyectos activos en curso.

En este número, la Dra. Samantha Arrizabalo et al. presentan una síntesis de la reunión que conmemoró el 15.º aniversario del consorcio. La última sección se abre con una reseña histórica preparada por el Dr. Velasco-Benítez y continúa con una panorámica de los temas abordados: epidemiología y carga de enfermedad de los trastornos pediátricos según los criterios de Roma IV, opciones terapéuticas disponibles y desafíos de la transición de adolescentes con dolor abdominal y TIIC hacia la atención del adulto.

Más allá de las cifras, FINDERS ha sido una escuela de colaboración: ha fortalecido capacidades en metodología multicéntrica, armonización de bases de datos, medición de resultados reportados por pacientes, redacción científica y formación de líderes jóvenes en la región. Su enfoque epidemiológico, anclado en la práctica clínica, ha permitido dimensionar la carga real de estos trastornos en contextos diversos y orientar prioridades de investigación pertinentes para América Latina.

Esperamos que esta recopilación sea útil como referencia para la práctica y como punto de partida para nuevas colaboraciones. Agradecemos especialmente a los coautores la excelente síntesis de sus presentaciones y la adaptación de sus aportes en resúmenes claros y útiles para la comunidad científica interesada en la Neurogastroenterología pediátrica. Nuestro objetivo común sigue siendo generar evidencia de calidad que respalde mejores decisiones en la atención de niños y adolescentes con TIIC en la región.

REFERENCIAS

1. Ehab-Ayad M, Elwalid-Jad R, Sanagapalli S, Yeh-Lee Y. Diagnosis and management of abelchia or R-CPD: a scoping review. Neurogastrolatam Rev. 2025;9:80-95.
2. Sozzi M, Siboni S, Ehab-Ayad M, Yeh-Lee Y. Straight leg raise, a new complementary test in esophageal high-resolution manometry. Neurogastrolatam Rev. 2025;9:96-107.
3. Hanna-Jairala I, Schmulson M. Treatment of functional dyspepsia beyond proton pump inhibitors. Neurogastrolatam Rev. 2025;9:108-119.
4. Velasco-Benítez C. Historia del Grupo Functional International Digestive Epidemiological Research Survey FINDERS. 2010-2025. Neurogastrolatam Rev. 2025;9:120-133.
5. Lechien JR. Beyond the inability to burp: a comprehensive pathophysiological theory of retrograde cricopharyngeal dysfunction. Ear Nose Throat J. 2025;1455613251353647.
6. Razura DE, Ulloa R, Lin ME, van der Woerd B, Akst LM, Johns MM 3rd, et al. A National Survey on retrograde cricopharyngeus dysfunction practice patterns among laryngologists. Laryngoscope. 2025; 135(8):2838-45.
7. Malhotra R, Khan H, Zaransky S, Celidonio J, Yan K, Kaye R. Diagnosis and management of retrograde cricopharyngeal dysfunction: a systematic review. OTO Open. 2024;8(4):e70014.
8. Jönsson CH, Plaschke CC. Retrograde cricopharyngeal dysfunction and treatment with botulinum toxin: a systematic review. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2024;281(9):4495-505.
9. Siboni S, Sozzi M, Kristo I, Boveri S, Rogers BD, Bortoli N, et al. The Milan score: a novel manometric tool for a more efficient diagnosis of gastroesophageal reflux disease. United Eur Gastroenterol J. 2024; 12:552-61.
10. Defilipi-Guerra C. ¿Cómo realizar el nuevo protocolo de manometría esofágica según la Clasificación de Chicago versión 4.0? Neurogastrolatam Rev. 2022;6:26-37.
11. Siboni S, De Maron R, Pasta A, Sozzi M, Calabrese F, Visaggi P, et al. Assessment of esophagogastric junction barrier function with the supine-upright transition of the Chicago Classification Protocol. Neurogastroenterol Motil. 2025:e70088. Epub ahead of print.
12. Bor S, Kalkan İH, Savarino E, Rao S, Tack J, Pasricha J, et al. Prokinetics-safety and efficacy: the European society of neurogastroenterology and motility/the American neurogastroenterology and motility society expert review. Neurogastroenterol Motil. 2024;36:e14774.

13. Drossman DA, Tack J, Ford AC, Szigethy E, Törnblom H, van Oudenhove L. Neuromodulators for functional gastrointestinal disorders (disorders of gut-brain interaction): a Rome foundation working team report. Gastroenterology. 2018;154:1140-71.e1.
14. Kucheryavyy YA, Andreev DN, Maev IV. [Prevalence of small bowel bacterial overgrowth in patients with functional dyspepsia: a meta-analysis]. Ter Arkh. 2020;92:53-8.
15. Tan VP, Liu KS, Lam FY, Hung IF, Yuen MF, Leung WK. Randomised clinical trial: rifaximin versus placebo for the treatment of functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther. 2017;45:767-76.
16. Shah A, Gurusamy SR, Hansen T, Callaghan G, Talley NJ, Koloski N, et al. Concomitant irritable bowel syndrome does not influence the response to antimicrobial therapy in patients with functional dyspepsia. Dig Dis Sci. 2022;67:2299-309.
17. Simanenkov VI, Tikhonov SV. [Rebamipide: new opportunities of gastroenteroprotection]. Ter Arkh. 2015;87(12):134-7.
18. Terano A, Arakawa T, Sugiyama T, Suzuki H, Joh T, Yoshikawa T, et al.; Rebamipide Clinical Study Group. Rebamipide, a gastro-protective and anti-inflammatory drug, promotes gastric ulcer healing following eradication therapy for Helicobacter pylori in a Japanese population: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Gastroenterol. 2007;42:690-3.