NeuroGastroLatam Reviews RESUMEN DE CONGRESO

Integral contráctil distal de la unión esofagogástrica contra el tipo de válvula, unión y tonicidad gastroesofágica. ¿Cuál es el mejor predictor para enfermedad por reflujo gastroesofágico?

Distal contractile integral of the esophagogastric junction versus valve type, junction, and gastroesophageal tonicity. Which is the best predictor of gastroesophageal reflux disease?

Moises Coutiño-Flores[1]*, Elias A. San Vicente-Parada[2], Katy A. Sánchez-Pozos[3] y Antonio Coutiño-Flores[3]

[1]Servicio de Gastroenterología; [2]Motilidad Gastrointestinal; [3] División de investigación. Hospital Juárez de México. Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia se han descrito clasificaciones anatómicas como predictores de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), un ejemplo la clasificación de Hill. sin embargo su utilización es limitada debido a la subjetividad de su aplicación. Por otro lado, la integral contráctil distal de la unión esofagogástrica (ICD-UEG), es un nuevo parámetro en manometría de alta resolución que puede proporcionar una representación dinámica de la presión en la barrera antirreflujo (BA) y representar un método con mayor precisión y reproducibilidad que oriente a su diagnóstico. Existen pocas investigaciones que evalúen la relación entre el tipo de válvula gastroesofágica, la ICD-UEG y el tipo de unión gastroesofágica (UGE) con el grado de exposición al ácido esofágico.

OBJETIVO

Determinar cual es el mejor predictor de exposición al reflujo esofágico ácido patológico, comparando la ICD-UEG, el tipo de válvula gastroesofágica (a través de la clasificación de Hill), la tonicidad del EEI y el tipo de UGE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo de un centro hospitalario. Se incluyeron a 75 pacientes atendidos en el Hospital Juárez de México del 1 de enero del 2023 al 30 de junio del 2024 que presentaban síntomas sugestivos de ERGE durante un periodo de 6 meses de evolución, que contaran con una endoscopia, en donde se reportara el tipo de válvula gastroesofágica, de acuerdo

***Correspondencia:**
Moises Coutiño-Flores
E-mail: moisescoutinoflores8@gmail.com

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/).

con la clasificación de Hill (1996), considerando: Hill tipo 1-2 como normal, Hill tipo 3-4 como anormal.

Para determinar una exposición al ácido anormal, se consideró con base al consenso de Lyon 2.0, un tiempo de exposición igual o mayor al 6% en 24 horas. El equipo utilizado fue Digitrapper® con sonda Versaflex® con un sensor de pH y 8 anillos de impedancia interpretados con el software Reflux® 6.1.

Para los estudios de manometría se utilizó un equipo Medtronic® A120, con sonda de estado sólido de 36 sensores. La ICD-UEG se determinó con el uso de la herramienta del software Manoscan® 3.0, con valores del tono de 10-43 mmHg y un DCI-UEG de 21.2 mmHg, con contorno isobárico de 20 mmHg. En relación al tipo de UGE, se consideró a un tipo de unión 1 como normal y 2-3 como anormal, acorde a la clasificación de Chicago 4.0. Se excluyeron a pacientes con antecedentes de cirugía esofágica o gástrica previa, complicaciones previas, y trastornos motores esofagicos, así como enfermedades sistémicas del tejido conectivo.

Tabla 1. Comparación de datos de acuerdo con la clasificación de Hill (n = 75)

Parámetro	Hill 1-2	Hill 3-4	p
Edad (años)	56.7 ± 10.0	50.1 ± 12.8	0.018
Sexo M/F (N)	6/26	7/36	-
IMC	25.3 (22.7, 27.5)	24.7 (22.9, 27.4)	0.618
EEI	15.6 (10.6, 19.8)	11.9 (8.3, 20.3)	0.212
pH-metría	7.3 (3.9, 9.1)	6.0 (3.5, 10.0)	0.781
ICD-UEG (DCI-EGJ) Normal, n (%) Débil, n (%)	 13 (37.1) 19 (47.5)	 22 (62.9) 21 (52.5)	 - -

Tabla 2. Asociación de pH metría con diversos factores

Parámetros	Sin ajustar		Ajustadas por sexo, edad e IMC	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
ICD-UEG	2.59 (1.00 – 6.72)	0.050	2.65 (0.97 – 7.22)	0.056
Tipo de UGE	2.25 (0.88 – 5.78)	0.092	2.30 (0.87 – 6.09)	0.094*
Hill	0.52 (0.20 – 1.36)	0.184	0.45 (0.16 - 1.27)	0.129
EEI	1.91 (0.73-4.99)	0.184	1.81 (0.61 – 5.40)	0.284

*Hay tendencia y aumentando la n podría llegarse a la significancia
EEI: Esfínter esofágico inferior; ICD-UEG: Integral contráctil distal de la unión esofagogástrica; UGE: Unión gastroesofágica.

RESULTADOS

En relación a los datos, de los 75 pacientes estudiados, se dividieron en dos grupos. En el grupo 1, clasificado como normal (Hill 1-2), había 18.7% de hombres y 81.3% de mujeres. Mientras que en grupo 2 (Hill anormal: Tipo 3-4) tuvimos un 16.3% de hombres y 83.7% de mujeres. El género predominante fue el femenino (Tabla 1).

La edad de los participantes fue menor en el grupo de Hill anormal en comparacion con los que tenian un Hill normal. Como se puede observar no hubieron diferencias en el IMC ni en valores de pH metria entre los 2 grupos (Tabla 1).

Se identificó una asociación estadisticamente significativa entre la ICD-UEG y la exposición al ácido ($p < 0.05$), otorgando en el caso de una ICD-UEG débil, un riesgo de presentar un mayor tiempo de exposición patológica al ácido (TEA) (Tabla 2).

No hubo asociación entre una mayor exposición al ácido esofágico y un Hill estratificado

como normal y anormal. No se estableció alguna asociación entre un Hill anormal (tipo 3-4) con una UGE débil. Por otro lado, el análisis de asociación entre el tipo de UGE y la exposición al ácido, aunque no fue significativo, se observó una tendencia (p = 0.09), la cual podría deberse al tamaño de muestra (Tabla 2).

CONCLUSIONES

Este estudio apoya que la medición del ICD-UEG puede ayudar a corroborar o excluir la enfermedad por reflujo gastroesofágico con mayor confianza que con la visualizacíon de una valvula gastroesofagica anormal (Hill 3-4) y que la tonicidad del EEI.

www.neurogastrolatamreviews.com

PERMANYER

NeuroGastroLatam Reviews

RESUMEN DE CONGRESO

Desempeño de pacientes con estreñimiento y patrón manométrico disinergico y pacientes con disinergia defecatoria frente a test de apraxia idemotora modificado comparado con voluntarios sanos

Performance of patients with constipation and dyssynergic manometric pattern and patients with defecatory dyssynergia in the modified idemotor apraxia test compared with healthy volunteers

A. Fuentes-Montalvo, J.S Arenas-Martínez, A.L. Ordóñez-Vázquez, y E. Coss-Adame*

Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

La disinergia defecatoria (DD) se caracteriza por la falta de coordinación en la fuerza de propulsión rectar y/e en la relajación del suelo pélvico. Aunque su fisiopatología no esta descrita, se han propuesto factores como la falta de aprendizaje en la infancia o la perdida de la ejecución durante la vida. El proceso de aprendizaje para la ejecución de nuevas tareas varia entre individuos y la consolidación de estos aprendizajes mejora con el entrenamiento y la rehabilitación. Hoy en día, a pesar de que existen pruebas validadas para la apraxia ideomotora en otros escenarios clínicos, no existen herramientas clínicas disponibles para evaluar pacientes con DD, lo que motiva este estudio piloto para evaluar la presencia de apraxia ideomotora en pacientes con DD.

OBJETIVO

Describir el desempeño de pacientes referidos a realización de manometría anorrectal de alta resolución (MAAR) y diagnostico de DD frente a test de apraxia ideomotora modificado, en comparación con voluntarios sanos (VS).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio exploratorio comparativo transversal. Se reclutaron pacientes referidos para realización de MAAR debido a estreñimiento funcional y DD. Se invito a participar a VS que no presentaran síntomas gastrointestinales ni comorbilidades neurológicas y se aplicó el test de apraxia ideomotora modificado. El test consta de 7 categorías: 1) imitación de gestos (0-8

***Correspondencia:**
E. Coss-Adame
E-mail: enriquecossmd@gmail.com

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/).

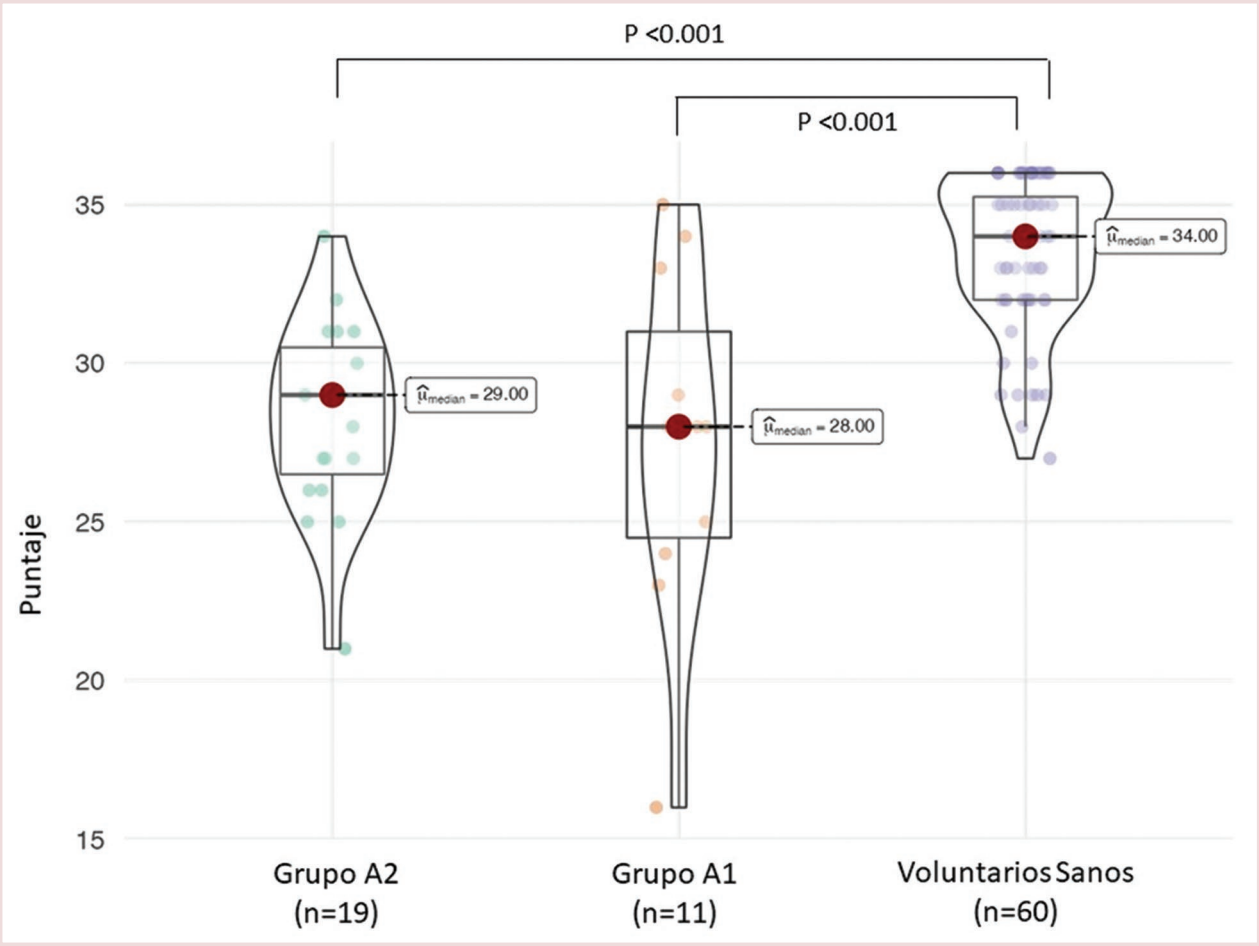

Figura 1. Puntaje.

puntos), 2) ejecución de una orden verbal (0-8 puntos), 3) reconocimiento de gestos (0-2 puntos), 4) evaluación de gestos (0-4 puntos), 5) descripción de un objeto real (0-4 puntos), 6) ejecución de una actividad con objetos reales (0-4 puntos) y 7) imitación de la respiración torácica y diafragmática (0-6 puntos). Un puntaje mas alto en la prueba indica mayor rendimiento. El test fue aplicado por 1 solo evaluador a todos los participantes. Se recabó información demográfica, clínica y manométrica de los pacientes. Para comparar las variables entre dos grupos se realizaron la prueba de U de Mann-Whitney y la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 30 pacientes con estreñimiento crónico y patrón manométrico disinergico (Grupo A), 22 (73.3%) mujeres, con una edad media de 56.5 (47- 67 años). Así mismo, se reclutaron 60 VS, 39 (65%) mujeres, con una edad media de 55.5 años (33.8 - 65.3). El grupo A tuvo un índice de masa corporal (IMC) medio de 25 (23.8-26.4) en comparación con 27.3 (22.8-30.1) en los VS (p 0.020). Del grupo A (n = 30), se crearon dos subgrupos: Grupo A1: patrón manométrico disinérgico y prueba de expulsión

Tabla 1. Test de Apraxia ideomotora

Variables		Grupo A (n = 30) Estreñimiento con patrón manométrico disinérgico	Grupo A1 (n = 11) Disinérgico/ expulsión fallida	Grupo A2 (n = 19) Disinérgico/ expulsión exitosa	Voluntarios sanos (n = 60)
Puntaje total * ¥ ə		28 (26-30.8)	28 (24.4-31)	29 (26.5-30.5)	34 (32-35.3)
1. Imitación de gestos * ¥ ə		5.5 (4-7)	4 (4-6)	6 (4.5-7)	8 (6-8)
2. Ejecución de una orden verbal * ¥ ə		7 (6-8)	6 (6-8)	7 (5.5-8)	8 (8-8)
3. Reconocimiento de gestos		2 (2-2)	2 (2-2)	2 (2-2)	2 (2-2)
4. Evaluación de gestos		2 (2-2)	3 (2-4)	2 (2-4)	4 (3-4)
5. Descripción de un objeto real		4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)
6. Ejecución de una actividad con objetos reales		4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)
7. Imitación de respiración torácica y diafragmática * ə		3 (2-5)	3 (2.5-5.5)	3 (2-5)	6 (4-6)
Patrón manométrico disinérgico	Tipo 1	12 (41.4%)	4 (36.4%)	8 (44.4%)	NA
	Tipo 2	8 (27.6%)	4 (36.4%)	4 (22.2%)	
	Tipo 3	7 (24.1%)	2 (18.2%)	5 (27.8%)	
	Tipo 4	2 (6.9%)	1 (9.1%)	1 (5.6%)	

Test de apraxia ideomotora modificado. Mediana (RIC); n (%). U de Mann-Whitney; Prueba Exacta de Fisher. Grupo A vs VS. (* $p < 0.001$). Grupo A1 vs A2 (¥ $p < 0.001$). Grupo A1 vs VS (ə $p < 0.001$). Grupo A2 vs VS (ə $p < 0.001$).

de balón fallida (n = 11) y Grupo A2: patrón manométrico disinérgico y prueba de expulsión de balón exitosa (n = 19). Los puntajes medianos de la prueba en todos los grupos comparados con los VS para cada ítem pueden verse en la tabla 1, encontrando diferencias significativas en los ítems imitación de gestos, ejecución de comando verbal e imitación de respiraciones torácicas y diafragmáticas. Los pacientes en el Grupo A tuvieron un puntaje total medio de 28 (26-30.8) frente a 34 (32-35.3) en los voluntarios sanos ($p < 0.001$). Se encontró comorbilidad neurológica en 2 pacientes (6.7%) del Grupo A, mismos que tuvieron los puntajes más bajos en la prueba (16 y 21 puntos). Las comparaciones entre el Grupo A1 y A2 no mostraron diferencias significativas, pero las diferencias al compararlas con los VS fueron significativas ($p < 0.001$) como se muestra en la figura 1.

CONCLUSIONES

Los pacientes con estreñimiento funcional y DD tienen puntuaciones significativamente más bajas en este test modificado de apraxia ideomotora en comparación con los voluntarios sanos, independientemente del resultado de la prueba de expulsión de balón. Este hallazgo sugiere una posible asociación entre la apraxia ideomotora y la DD, aunque la naturaleza de esta relación no se comprende completamente. Este estudio piloto muestra la importancia de incorporar evaluaciones neurológicas en pacientes con DD para una mejor comprensión de su fisiopatología y manejo.

www.neurogastrolatamreviews.com

PERMANYER

NeuroGastroLatam Reviews

RESUMEN DE CONGRESO

Evaluación de la respuesta al tratamiento con tegoprazan en sujetos con hipersensibilidad al reflujo

Evaluation of the response to tegoprazan treatment in subjects with reflux hypersensitivity

J.L. Vargas-Basurto, F.A Félix-Téllez, R.A. Jiménez-Castillo, H.R. Ordaz-Álvarez, Z.P. Álvarez-Tiburcio, M. Suárez-Fernández, K.D. González-Gómez, A.A. Ceballos-Carrasco, M.M. Pérez-Guzmán, E.L. Nuñez-Jiménez, B.A. Priego-Parra y José M. Remes-Troche*

Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, Veracruz, México

INTRODUCCIÓN

La hipersensibilidad al reflujo (HR) es descrita como una exposición esofágica normal al ácido, pero una correlación positiva entre los síntomas y los episodios de reflujo. Tegoprazan es un fármaco bloqueador de ácido potasio-competitivo (PCAB), que recientemente fue aprobado en México, Sin embargo, se tiene pocos datos sobre la evaluación de la respuesta al tratamiento con este fármaco en sujetos con hipersensibilidad al reflujo.

OBJETIVO

Evaluar la respuesta clínica de tegoprazan durante 2 semanas de tratamiento en sujetos con hipersensibilidad al reflujo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Ensayo clínico, prospectivo y analítico en pacientes que acudieron al Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas durante el periodo septiembre-diciembre 2024 con diagnóstico de HR por pHmetría a los cuales se les administro tegoprazan 50 mg una vez al día durante 14 días. Se aplicaron cuestionarios Carlsson-Dent y GERD-HRQL basal y a los 14 días de tratamiento. Las variables numéricas se reportaron con medidas de tendencia central y de dispersión, mientras que las variables categóricas se reportaron con frecuencias y porcentajes. La distribución de los datos se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk y la homocedasticidad con la prueba de Levene. Para la comparación entre grupos se utilizó prueba t de Student o test de Wilcoxon para variables numéricas,

***Correspondencia:**
José M. Remes-Troche
E-mail: jose.remes.troche@gmail.com

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/).

Tabla 1. Tabla de resultados

Variable	Responde a tratamiento (n = 4)	No Responde a tratamiento (n = 6)	p
Edad	40.75 ± 16.6	48.33 ± 13.5	0.45
Sexo Mujer Hombre	 3(75%) 1 (25%)	 3 (50%) 3 (50%)	0.42
IMC	25 ± 4.4	28.9 ± 5.98	0.31
Impedancia basal	2010 ± 708	1639.5 ± 257	0.26
Episodios de Reflujo ácido	26.25 ± 22.4	37.6 ± 22.5	0.45
Episodios de Reflujo totales	36 ± 27	52.67 ± 27	0.368
Score Lyon	5.3 ± 3.75	5 ± 2.3	0.84
Impedancia Basal < 1500	2 (50%) 2 (50%)	3 (50%) 3 (50%)	0.73
Carlsson-Dent Basal	15.25 ± 2	14.33 ± 3.7	0.67
GERD-HRQL basal	42.7 ± 6.2	44.3 ± 9.3	0.77

mientras que para las categóricas chi cuadrado o exacto de Fisher según correspondió. Se evaluó la respuesta al tratamiento con cuestionario Carlsson-Dent < 4 a las 2 semanas de tratamiento. Se comparo los puntajes de los cuestionarios por medio de prueba t de Student para muestras relacionadas. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS V. 26.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 sujetos con HR con una mediana de edad de 45 años [24-71] y predominando las mujeres con un 60%. Al valorar la respuesta a tratamiento con tegoprazan se encontró una tasa de respuesta del 40%. Se encontró una adecuada respuesta sintomática (Carlsson-Dent Basal: 14.7 ± 3 vs. Carlsson-Dent post-tratamiento: 6.0 ± 4.6 puntos, p = 0.001) y mejoría en la calidad de vida (GERD-HRQOL basal: 43.7 ± 7.8 vs. GERD-HRQOL post-tratamiento: 7.1 ± 1.9, p = 0.001) a los 14 días de tratamiento. No se encontraron predictores de respuesta, al no encontrarse diferencia entre Lyon score (si responden 5.3 + 3.75 vs no responden 5 + 2.3, p = 0.84) y parámetros de pHmetría (Tabla 1).

CONCLUSIÓN

Tegoprazan es una opción terapéutica en pacientes con HR, mejorando la sintomatología y calidad de vida a las dos semanas de tratamiento. No encontramos predictores de respuesta en nuestra población.

NeuroGastroLatam Reviews RESUMEN DE CONGRESO

Impacto del síndrome de intestino irritable en la productividad laboral y actividades cotidianas de pacientes mexicanos

Impact of irritable bowel syndrome on work productivity and daily activities in Mexican patients

C.G. Solís-Hernández*, Y.M. Velasco-Santiago, M.C. Alegría-Ovando, M.F. Domínguez-Domínguez, M. Motola-Kuba y M.F. Higuera-De-La-Tijera

Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

INTRODUCCION

El Síndrome del Intestino Irritable (SII) impacta en la calidad de vida de los pacientes, quienes a menudo comentan tener problemas en las situaciones laborales y personales. Estudios previos han reportado un 28% de ausentismo (horas de trabajo perdidas) y 86% de presentismo (disminución en la productividad laboral mientras se está en el trabajo), con un deterioro laboral global en más del 80% de los pacientes. Además, se ha observado deterioro en la gestión del hogar, en las actividades de ocio, tanto sociales como privadas, y en el mantenimiento de relaciones cercanas.

OBJETIVO

Evaluar el impacto del SII en la productividad laboral y en las actividades cotidianas en pacientes que acuden a la consulta de Gastroenterología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

MATERIALES Y METODOS

Para comparar variables categóricas se utilizó prueba de Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher, para 3 o más grupos prueba de Anova de un factor. Para correlacionar se construyó una matriz de correlación, de acuerdo con la distribución de la variable se aplicó Rho de Spearman o Pearson, se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se analizaron 74 pacientes, de los cuales 85.1% fueron mujeres, con una edad media 53.9 ± 12.6 años. Del total, el 44.5% se dedica al hogar, el 29.7% tiene una actividad laboral

***Correspondencia**:
C.G. Solís-Hernández
E-mail: claudiadoc23@hotmail.com

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/).

TABLA 1. Correlación del presentismo con la perdida de la productividad laboral

		IBS- SSS	WPAI: IBS AUSENTISMO	WPAI: IBS PRESENTISMO	WPAI: IBS D.A.	WPAI: IBS P.P.L.
IBS- SSS	Coeficiente de correlación	1.0	–0.123	0.108	1.145	0.027
			0.296	0.362	0.218	0.821
WPAI: IBS AUSENTISMO	Coeficiente de correlación	–0.123	1.0	0.708	–0.261	0.812
		0.296		0.000	0.025	0.000
WPAI: IBS PRESENTISMO	Coeficiente de correlación	0.108	0.708	1.0	–0.288	0.956
		0.362	0.000		0.013	0.000

formal y el 22% informal. En cuanto a la clasificación, 54% fueron clasificados con SII-E (predominio estreñimiento), 31% con SII-D (predominio diarrea) y 14.8% con SII-M (mixto). De acuerdo a la severidad, el 63.5% tenían sintomas leves.

El SII tuvo impacto en las actividades cotidianas en el 91.8% de los casos y en la productividad laboral en el 68.9%. De estos, el 68.9% experimentó ausentismo y el 67.5% presentismo. No se observaron diferencias significativas entre la severidad del SII y el ausentismo, presentismo, productividad laboral global, o el deterioro en las actividades cotidianas. Se observó una correlación significativa (0.956) del presentismo con la perdida de la productividad laboral ($p = 0.001$) (Tabla 1). El 14.8% de los pacientes experimentaron una afectación significativa en su funcionamiento diario debido al SII (6/40 SII-E, 3/23 SII-D, 2/11 SII-M); no se encontraron diferencias entre los subgrupos ($p = 0.93$).

CONCLUSIONES

El SII tiene un impacto importante en las actividades diarias y en la productividad laboral de los pacientes mexicanos, lo cual llega a limitar su funcionamiento. Destaca el presentismo como factor asociado a la pérdida de productividad laboral. Para mejorar el funcionamiento de los pacientes, es fundamental desarrollar estrategias que contribuyan a reducir el impacto del SII en el ámbito laboral, doméstico y en las relaciones personales.

NeuroGastroLatam Reviews RESUMEN DE CONGRESO

Calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable en una población mexicana

Quality of life in patients with irritable bowel syndrome in a Mexican population

M. Carmen Alegría-Ovando*, Claudia G. Solís-Hernández, Yoali M. Velasco-Santiago, Miguel Motola-Kuba y María de F. Higuera-de la Tijera

Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

Los trastornos digestivos funcionales son reconocidos por anormalidades físicas y psicológicas que a menudo ocurren en combinación con alteraciones de la motilidad e hipersensibilidad visceral. El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional caracterizado por dolor o malestar abdominal que se asocia con alteraciones del hábito intestinal y con otros síntomas gastrointestinales. Se ha visto que los pacientes con SII cuentan con una calidad de vida (CDV) deteriorada.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue determinar la CDV en pacientes con SII empleando el *Irritable Bowel Síndrome Quality of Life Questionnaire* (IBSQoL) en pacientes que acuden a la consulta externa de gastroenterología en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, analítico, tipo casos y controles, donde comparamos controles sanos vs pacientes con SII mayores de 18 años por criterios de Roma IV. Se realizó además un sub-análisis para comparar entre los diferentes tipos de SII. Para comparar entre grupos se empleó la prueba de t de Student, U de Mann-Whitney, Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher según el tipo y distribución de cada variable. Cuando se comparó entre 3 o mas grupos se uso prueba de ANOVA de un factor. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

***Correspondencia:**
M. Carmen Alegría-Ovando
E-mail: maryalegria_22@outlook.com

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/).

RESULTADOS

Del total de 112 pacientes (74 pacientes con SII+ 40 pacientes control), 87% fueron mujeres con una edad media de 49 ± 14.8 años. De los 74 pacientes con SII, 40 (54%) presentaron SII-C, 23 (31%) SII-D y 11 (14.8%) SII-M. En cuanto al IBS QoL del grupo control 40 (100%) tuvieron un bajo impacto en la calidad de vida. 73 del grupo de pacientes (98.5%) tuvieron un impacto medio en la calidad de vida y ninguno (0%) tuvo un impacto alto en la calidad de vida, respectivamente p = 0.0001. Entre los diferentes subtipos de SII, no se encontró una diferencia significativa, p = 0.057. En cuanto al ítem de calidad del sueño, el subtipo SII-C tuvo una media 3.23 DE 0.48, SII-D media 3.74 DE 0.75, SII-M media 3.73, DE 0.90. En cuanto a la diferencia entre subtipos de calidad del sueño entre el subtipo SII-C vs SII-D se encontró una p = 0.003; entre el subtipo SII-C vs SII-M se encontró una p = 0.0025 y entre el subtipo SII-D vs SII-DM se encontró una p = 0.13.

CONCLUSIÓN

El deterioro de la calidad de vida, es mucho más frecuentes en pacientes con síndrome de intestino irritable en comparación con sujetos sanos, viéndose más afectado el ítem de calidad del sueño.

El estreñimiento crónico y no el SII es el diagnóstico inicial más común en una clínica de gastroenterología, y las secuelas gastrointestinales post-COVID-19, el tercero más frecuente

Chronic constipation, not IBS, is the most common initial diagnosis in a gastroenterology clinic, and post-COVID-19 gastrointestinal sequelae are the third most common

G. Mendoza-Domínguez[1,2,3], S.A. Zaragoza-Galicia[1], A.S. Morales-Guzmán[1,4], A. Hernandez-Hernandez[1] y M.J. Schmulson-Wasserman[1,5]*

[1]Laboratorio Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación de Medicina Experimental; [2]Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); [3]Plan de Estudios Combinados en Medicina (PECEM), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, [4]Posgrado en Biología Experimental, DCBS, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa (UAM-I), [5]Clínica de Gastroenterología y Motilidad, Clínica Lomas Altas, S.C. Ciudad de México, México

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Los síntomas gastrointestinales (GI) se pueden clasificar en ocho grupos: reflujo gastroesofágico, disfagia, diarrea, incontinencia fecal, náuseas/vómito, estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal/gases/flatulencia. Además, el síndrome de intestino irritable (SII) se ha considerado el principal motivo de consulta al gastroenterólogo, sin embargo, la información es escasa. El Estudio Epidemiológico Global de la Fundación Roma encontró que el 40.2% (IC del 95%: 38.0-42.3) de la población en México cumple criterios para al menos un trastorno de la interacción intestino-cerebro (TIIC), y el estreñimiento funcional es el más prevalente: 11.5% (10.1-12.9), mientras que el SII tiene una prevalencia del 4.0% (3.2-4.9).

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 580 pacientes que consultaron por primera vez, de 1330 consultas consecutivas realizadas por un único Gastroenterólogo desde el 15-02-2021 al 14-11-2022 en la CdMx. Se analizaron los principales motivos de consulta y diagnósticos iniciales. Los resultados se expresan en porcentaje e IC 95%, y media ± DE, y se analizaron mediante X^2 y t de Student según fuese apropiado.

RESULTADOS

Los pacientes incluyeron 59.4% mujeres y 40.6% hombres, con edad similar: 50.4 ± 19.4 vs. 48.9 ± 18.9 años. Se dividieron

***Correspondencia**:
M.J. Schmulson-Wasserman
E-mail: mschmulson@gmail.com

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/).

en aquellos en los que se analizó el principal motivo de consulta: 40%, y aquellos en los que se pudo establecer el diagnóstico de inmediato (por ej. por criterios de Roma IV): 60%. En el primer grupo, la diarrea: 27.5% (21.8-33.7), distensión abdominal/gases/flatulencia: 20.5% (15.4-26.3), y la pirosis/reflujo: 17.5% (12.7-23.0), fueron los principales motivos de consulta. En cuanto al grupo con diagnósticos inmediatos, el estreñimiento funcional y la gastroenteritis infecciosa, ambos: 11.4% (8.2-15.2), seguidos de los trastornos GI post-COVID-19: 7.6% (5.0-10.9), fueron los diagnósticos más frecuentes, mientras que el SII representó el séptimo: 4.4% (2.4-7.1).

CONCLUSIONES

En esta clínica de gastroenterología de la CdMx, las mujeres consultan con mayor frecuencia que los hombres principalmente, y la diarrea seguida de distensión abdominal/gases/flatulencia son los motivos de consulta más frecuentes. Contrariamente a lo esperado, el estreñimiento funcional y la gastroenteritis infecciosa son los diagnósticos iniciales más frecuentes mientras que el SII es mucho menos frecuente. La alta prevalencia de problemas gastrointestinales post-COVID-19 refleja lo que enfrentan los gastroenterólogos después de la pandemia y este problema puede cambiar la prevalencia actual de los TIIC.

www.neurogastrolatamreviews.com

PERMANYER

NeuroGastroLatam Reviews

RESUMEN DE CONGRESO

Predictores clínicos de reflujo patológico en adultos con síntomas de reflujo laringofaríngeo: análisis de una cohorte grande basado en pH-Impedanciometría

Clinical predictors of pathological reflux in adults with laryngopharyngeal reflux symptoms: analysis of a large cohort based on pH-impedance analysis

Luis F. Pineda-Ovalle*, Alejandra del P. Rodríguez-Orjuela, Valentina Salcedo-Martínez, Cristian A. Mora-León, Andrea Gómez-Rodríguez, Alfredo Acuña-Páramo, Laura Moya-Valenzuela y David Páramo-Hernández

Gutmédica, Instituto de Salud Digestiva, Servicio de Neurogastroenterología y Motilidad, Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se asocia frecuentemente con síntomas de reflujo laringofaríngeo (RLF), como tos, disfonía y carraspeo. Los médicos suelen establecer esta asociación sin pruebas objetivas para ERGE, lo que conlleva un uso excesivo de herramientas diagnósticas y tratamientos innecesarios, aumentando los costos. Por ello, identificar los predictores clínicos de ERGE patológico es fundamental para optimizar el manejo, reducir costos y evitar intervenciones innecesarias.

OBJETIVOS

Determinar el valor predictivo de variables clínicas en el diagnóstico de ERGE patológico en una cohorte de pacientes con síntomas de RLF, comparándolos con la evidencia de ERGE obtenida mediante monitoreo de pH-impedancia esofágica.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal en una cohorte de pacientes con síntomas de RLF referidos para estudio de pH-impedancia esofágica. Se llevó a cabo un análisis bivariado entre variables categóricas mediante la prueba de Chi-cuadrado, seguido de un modelo de regresión logística.

RESULTADOS

Se incluyeron 2688 pacientes (73.6% mujeres, edad promedio 54.5 años). Solo el 8.4%

***Correspondencia**
Luis F. Pineda-Ovalle
E-mail: lfpineda@gutmedica.com

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/).

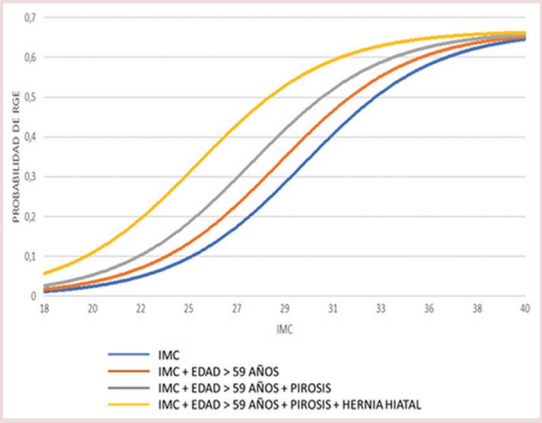

Figura 1. Probabilidad de RGE patológico en relación con el índice de masa corporal (MC) y la adición de variables edad mayor de 59 años, pirosis y hernia hiatal; en pacientes con síntomas de reflujo laringofaríngeo.

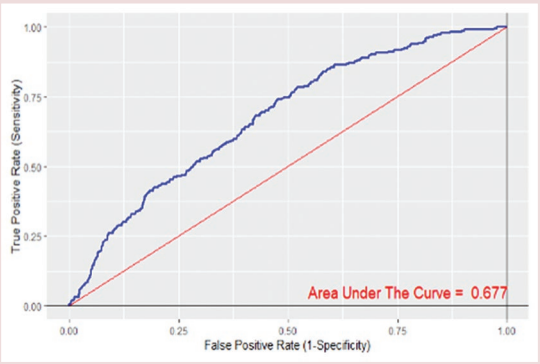

Figura 2. Curca ROC y área bajo la cruva para RGE patológico según el modelo de predicicón usado por el estudio.

presentó un estudio de pH-impedancia anormal, lo que indica que más del 90% no tenía evidencia objetiva de ERGE. El análisis multivariado mostró que las siguientes variables clínicas se asociaron con ERGE patológico: Índice de masa corporal (IMC) > 25 (OR 1.06; IC 95% 1.03-1.10), Sexo masculino (OR 1.71; IC 95% 1.27-2.30), Edad > 59.4 años (OR 1.4; IC 95% 1.10-2.01), Pirosis (OR 1.53; IC 95% 1.09-2.20), Regurgitación (OR 1.31; IC 95% 0.95-1.83) y Hernia hiatal (OR 2.2; IC 95% 1.69-3.02) (Fig. 1). El modelo de la curva ROC mostró un valor predictivo positivo del 67% para el diagnóstico de ERGE patológico (Fig. 2).

CONCLUSIÓN

Solo el 8.4% de los pacientes con síntomas de ERLF presentan evidencia objetiva de ERGE. El sexo masculino, edad mayor a 59.4 años, IMC elevado, presencia de síntomas esofágicos típicos y hernia hiatal se asocian con reflujo patológico.

NeuroGastroLatam Reviews RESUMEN DE CONGRESO

Disfagia funcional en población pediátrica

Functional dysphagia in the pediatric population

S.S. González-García[1]*, A.N. Ruiz-Borja[1] y E.M. Toro-Monjarez[2]

[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir sólidos y/o líquidos por afectación de una o más fases de la deglución[1]. Según los criterios de Roma IV en adultos, la disfagia es funcional cuando 1) existe la sensación de paso anormal, obstrucción o adhesión de alimentos sólidos y/o líquidos a través del esófago, 2) existe ausencia de evidencia de alteraciones en la mucosa esofágica o anormalidades estructurales, 3) ausencia de evidencia de reflujo gastroesofágico o esofagitis eosinofílica, y 4) ausencia de enfermedades esofágicas motoras como acalasia, espasmo esofágico difuso o aperistalsis que expliquen la sintomatología[2]. Estos síntomas pueden ir acompañados de síntomas somáticos como depresión, ansiedad, inquietud, insomnio y anorexia[1].

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo observacional. Se revisaron un total de 29 expedientes de pacientes con diagnóstico de disfagia en los cuales se descartaron alteraciones por manometría esofágica de alta resolución y/o panendoscopia durante el periodo de 2021 a 2024. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de todas las variables.

RESULTADOS

De un total de 29 pacientes, 14 de ellos no presentaron alteraciones anatómicas o fisiológicas en la deglución, recibiendo el diagnóstico de Disfagia funcional (Tabla 1). La edad promedio de presentación fue de 10.86 años, con un rango de 7 a 17 años. El 71.4% ocurrió en pacientes de sexo masculino y 28.6% en pacientes de sexo femenino. Los pacientes que presentaban disfagia exclusivamente a sólidos componían el 64.3%, y los que presentaban disfagia a sólidos y líquidos fueron el 35.7%. No existieron casos de disfagia exclusiva a líquidos. Se evaluó la presencia de pérdida de peso asociada a la disfagia, presente en 65.3% de los casos. En 57.1% de los casos se dio tratamiento farmacológico ya sea con

***Correspondencia:**
S.S. González-García
E-mail: sofigonzalezgr@gmail.com

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/).

Tabla 1. Caracterización clínica de pacientes pediátricos con disfagia funcional en Instituto Nacional de Pediatría en un periodo de 2021-2024

Paciente	Edad	Sexo	Tipo de dieta	Pérdida de peso	Tratamiento médico	Ingreso Hospitalario	Estudios de Gabinete	Evolución	Evento desencadenante	Comorbilidad psiquiátrica	Tratamiento psiquiátrico	Comorbilidad médica
1	16	M	Sólidos	Sí, 3 kg	IBP, cisaprida	Sí	Manometría, pHmetría, Panendoscopia	Perdió seguimiento	Sí	Sí	Sí	No
2	7	F	Sólidos y líquidos	No	No	No	Manometría, panendoscopia	Sano	Sí	No	No	Insuficiencia tricuspídea
3	12	M	Sólidos	Sí	No	No	Manometría, SEGD	Sano	Sí	Sertralina		Esferocitosis descartada, alopecia areata
4	12	M	Sólidos	Sí	Omeprazol, sucralfato	Sí	Manometría, panendoscopia	Mejoría	Sí	No	No	Constipación funcional
5	11	M	Sólidos	Sí, 6 kg	No	Sí	Manometría, pHmetría	Persiste	No	Sí	Sí	No
6	9	M	Sólidos	No	IBP, Secnidazol	No	Manometría, panendoscopia	Mejoría	Sí	Sí	Sí	Constipación funcional
7	7	F	Sólidos	No	IBP, Secnidazol	No	Manometría, panendoscopia	Recaídas	Sí	Sí	Sí	Constipación funcional
8	13	M	Sólidos	Sí, 10 kg	IBP, AINE, metoclopramida, sucralfato, cisaprida, secnidazol	Sí	Manometría, Panendoscopia, SEGD	Perdió seguimiento	No	Sí	Sí	No
9	F	M	Sólidos	No	No	No	Manometría	Perdió seguimiento	No	No	No	No
10	14	F	Sólidos y líquidos	No, 8 kg	IBP	No	Manometría, SEGD	Mejoría	No	Sí	Sí	Obesidad, Patología tiroidea descartada

(Continúa)

Tabla 1. Caracterización clínica de pacientes pediátricos con disfagia funcional en Instituto Nacional de Pediatría en un periodo de 2021-2024 (continuación)

Paciente	Edad	Sexo	Tipo de dieta	Pérdida de peso	Tratamiento médico	Ingreso Hospitalario	Estudios de Gabinete	Evolución	Evento desencadenante	Comorbilidad psiquiátrica	Tratamiento psiquiátrico	Comorbilidad médica
11	17	M	Sólidos y líquidos	Sí, 3 kg	IBP, cisaprida	Sí	Manometría, panendoscopia, pHmetría, SEGD	Mejoría	Sí	Sí	Sí	Rinitis alérgica
12	11	M	Sólidos	No	No	No	Manometría	Mejoría	No	No	No	Panhipopituitarismo
13	7	M	Sólidos y líquidos	Sí, 8 kg	IBP	Sí	Manometría, panendoscopia, SEGD	Mejoría	Sí	Sí	Sí	No
14	8	F	Sólidos y líquidos	Sí, 6 kg	IBP	Sí	Manometría, panendoscopia	Mejoría	Sí	No	No	Constipación funcional

inhibidor de bomba de protones o protectores de mucosa gástrica. Se descartaron otros diagnósticos diferenciales con estudios de extensión como manometría, panendoscopia y serie esofagogastroduodenal. 8 de los pacientes necesitaron ingreso hospitalario para tratamiento y diagnóstico de la disfagia. Respecto a la evolución, 64.3% tuvieron curación total, 14.3% persistieron con sintomatología a diversos grados y en 21.4% hubo pérdida del seguimiento. En 71.4% de los casos fue posible identificar un evento emocional desencadenante de disfagia. En el 64.3% existió la presencia de al menos una comorbilidad psiquiátrica diagnosticada por paidopsiquiatría, ameritando psicoterapia y/o tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de disfagia funcional se realiza con base a los criterios de Roma IV para adultos, sin embargo no existen criterios definidos en niños. Los resultados de este estudio sugieren que la disfagia funcional es una condición predominantemente observada en la edad escolar y adolescencia. Se descartaron causas anatómicas y fisiológicas confirmando la naturaleza funcional del trastorno. Se identificó un evento emocional desencadenante en la mayoría de los pacientes y alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas, lo que resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario en su manejo. Es necesario un diagnóstico temprano y tratamiento integral para optimizar los desenlaces clínicos en esta población, haciendo énfasis en la pronta referencia a servicios de salud mental en pacientes con disfagia sin alteraciones físicas detectables.

REFERENCIAS

1. Lu PW, Chen CC, Wu JF, Lee HC, et al. Clinical Characteristics and Associated Psychosocial Dysfunction in Patients With Functional Dysphagia: A Study Based on High-Resolution Impedance Manometry and Rome IV Criteria. Clin Transl Gastroenterol. 2022;13(7):e00511. doi: 10.14309/ctg.0000000000000511
2. Schmulson M. How to use Rome IV criteria in the evaluation of esophageal disorders. Curr Opin Gastroenterol. 2018 Jul;34(4):258-265. doi: 10.1097/MOG.0000000000000443.

www.neurogastrolatamreviews.com

PERMANYER

NeuroGastroLatam Reviews

RESUMEN DE CONGRESO

Utilidad de la integral contractil de la unión esofagogástrica para predecir exposición ácida anormal y diferenciar los fenotipos de reflujo gastroesofágico

Utility of the contractile integral of the esophagogastric junction to predict abnormal acid exposure and differentiate gastroesophageal reflux phenotypes

Luis F. Pineda*, Carlos M. Martínez, Ma. Lucia Bernal, Andrea Gómez, Laura Moya y Alfredo Acuña

Servicio de Neurogastroenterologia y Motilidad, Gutmédica, Instituto de Salud Digestiva, Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN

Las métricas tradicionales de la manometría esofágica de alta resolución no permiten una evaluación dinámica de la barrera antirreflujo. La integral contráctil de la unión esofagogástrica (IC-UEG) ha sido propuesta como un nuevo parámetro para evaluar integralmente la función de esta barrera, mostrando una buena correlación con el tiempo de exposición ácida (TEA).

OBJETIVO

Determinar un valor de corte de la IC-UEG para predecir un TEA anormal y diferenciar los fenotipos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico transversal en pacientes mayores de 18 años con síntomas típicos de ERGE y endoscopia normal, sin esofagitis. Todos los participantes fueron sometidos a manometría esofágica de alta resolución y pH-impedanciometría esofágica (PH-IM). Se midió la IC-UEG y los resultados fueron analizados mediante análisis univariantes, regresión logística y curvas ROC.

RESULTADOS

Se incluyeron 137 pacientes (77.96% mujeres, edad media: 53.86 años). La presión promedio del esfínter esofágico inferior fue de 21.9 mmHg. Según la clasificación de la unión esofagogástrica,

***Correspondencia:**
Luis F. Pineda
E-mail: lfpineda@gutmedica.com

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/).

Tabla 1. Análisis bivariado para características sociodemográficas, antecedentes clínicos y monitoreo de pH según fenotipos de enfermedad por reflujo gastroesofágico

Variable	Total (n = 137)	Pirosis funcional (n = 55)	Hipersensibilidad al reflujo (n = 31)	Reflujo limítrofe (n = 23)	ERNE (n = 27)	p
Edad; media (DE)	53,86 (12,72)	52,96 (12,91)	50,69 (12,44)	55,09 (10,82)	58,41 (13,4)	0,07
IMC; media (DE)	24,95 (3,48)	24,22 (3,26)	24,28 (3,87)	26,44 (3,08)	26,96 (3,23)	0,02
Sexo femenino, n (%)	106 (77,94)	46 (83,64)	26 (83,87)	14 (60,87)	20 (74,07)	0,12
Sexo masculino, n (%)	30 (22,06)	9 (16,36)	5 (16,13)	9 (39,13)	7 (25,93)	

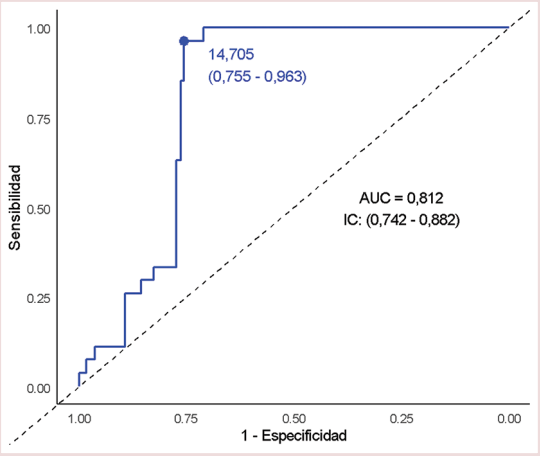

Figura 1. Curva ROC para la predicción de los fenotipos de ERGE usando la IC-UEG.

el 53,28% correspondió al tipo I y el 23,36% al tipo II (Tabla 1). Se identificaron los siguientes fenotipos: pirosis funcional (40.15%), hipersensibilidad por reflujo (23.36%), reflujo limítrofe (16.79%) y ERGE no erosiva (19.71%). La IC-UEG permitió discriminar entre TEA > 6% y TEA < 6%, con un punto de corte óptimo de 14,705 mmHg·cm·s, un área bajo la curva (AUC) de 0,812 (IC 95%: 0.742-0.882), una sensibilidad del 96% y una especificidad del 75% para diferenciar los fenotipos de ERGE (Figura 1).

CONCLUSIÓN

La IC-UEG es un parámetro con buen desempeño para diferenciar los trastornos funcionales de la ERGE no erosiva y los casos de diagnóstico incierto. Un valor bajo de IC-UEG se asocia con un TEA elevado y un mayor número de episodios de reflujo.

NeuroGastroLatam Reviews RESUMEN DE CONGRESO

Caracterización y evolución clínica de la motilidad esofágica inefectiva en pacientes pediátricos: estudio retrospectivo en un centro de referencia

Characterization and clinical evolution of ineffective esophageal motility in pediatric patients: retrospective study in a referral center

A.F. Guerrero-Valenzuela*, E. Toro-Monjarraz, F. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J.F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, K.R. Ignorosa-Arellano y J. Ramirez-Mayans

Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

La motilidad esofágica inefectiva es considerado el trastorno motor esofágico mas frecuente descrito en la clasificación de Chicago en sus diferentes versiones con una asociación frecuente con la enfermedad por reflujo gastroesofágico, ya que se ha considerado como uno de los posibles mecanismos fisiopatológicos que influyen en el desarrollo de dicha patología. Por su elevada frecuencia entre los trastornos motores y no existir estudios en pacientes pediátricos respecto a la evolución de la misma, consideramos importante el realizar el actual estudio. Cuyo objetivo es describir las caracteristicas clínicas, manometricas y evolución de pacientes pediátricos diagnosticados con este trastorno en un centro de referencia de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron un total de 11 pacientes de 14 a 18 años de edad con diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva confirmado por estudio de manometría esofágica de alta resolución, atendidos en un periodo de 2017 a 2023. Tipo de estudio: analítico de corte transversal, retrospectivo y observacional donde se analizaron como variables de las métricas manométricas y la presencia o ausencia de sintomatología gastrointestinal como: náusea, vomito, disfagia, pirosis, dolor abdominal, plenitud postprandial precoz, distensión abdominal y características de las evacuaciones al momento del diagnóstico y de 6a 12 meses posteriores al mismo. Para el análisis estadístico se utilizo estadistica descriptiva, para las variables cuantitativas se uso medias y desviaciones estándar y para las cualitativas, frecuencias y porcentajes.

***Correspondencia:**
A.F. Guerrero-Valenzuela
E-mail: anafer1115@hotmail.com

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/).

RESULTADOS

En cada uno de nuestros pacientes se estableció el diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva por estudio de manometría según la clasificación de Chicago 4.0, donde observamos los siguientes hallazgos: longitud de esfínter esofágico superior media fue de 3.5 cm (DE 0.522), mientras que la presión media del esfínter esofágico superior fue de 130.1 mmHg(DE 1.859), la longitud media del esófago fue de 17.7 cm (DE 0.750), presión media del esfínter esofágico inferior de 16 mmHg (DE 0.944), mientras que la longitud media del esfínter esofágico inferior fue de 4 cm (DE 0.447), con un punto de inversión de presión medio de 36.4 (DE 0.603), así como una longitud intra abdominal media de 3.3 cm (DE 1.513) y un DCI medio de 337mmHg.s.cm (DE 0.934), por ultimo un IRP medio de 12.3 mmHg (DE 0.674). Posteriormente se evaluó la sintomatología al momento del diagnóstico donde 45.4% de los pacientes presentaba vómitos, mientras que en el 54.5% presentaba disfagia, la presencia de reflujo y pirosis se presentó en un 81.8%, mientras que el dolor y distensión abdominal solo se presentó en un 36.3% y encontrándose que ninguno de los pacientes presentaba alteraciones en el patrón evacuatorio. Por último se evaluó la sintomatología posterior al diagnóstico de 6 a 12 meses con una media de 9.2 meses, el 81.8% de los pacientes no presentaba vómitos, mientras que en el 72% la disfagia había resuelto, la presencia de reflujo y pirosis persistió en un 36.3%, mientras que el dolor y distensión abdominal seguía presente solo en un 9%.

CONCLUSIONES

La motilidad esofágica inefectiva es un trastorno motor poco descrito en población pediátrica, en nuestro estudio llama la atención que la disfagia no fue el sintoma pivote,si no mas bien la sintomatologia relacionada al reflujo gastroesofágico como la pirosis y las regurgitaciones. Además de ello, en el seguimiento un gran porcentaje de pacientes disminuyo la frecuencia de los sintomas de forma global.

www.neurogastrolatamreviews.com

PERMANYER

NeuroGastroLatam Reviews

RESUMEN DE CONGRESO

Coexistencia de acalasia y esofagitis eosinofílica: desafíos diagnósticos y terapéuticos a la luz del EndoFLIP

Coexistence of achalasia and eosinophilic esophagitis: diagnostic and therapeutic challenges in light of EndoFLIP

Claudia P. Zuluaga-Serna[1]*, Sergio D. Romero-Arias[2], Andrés Delgado-Villarreal[1] y Adán J. Luquez-Mindiola[1]

[1]Servicio de Neurogastroenterología y Motilidad Digestiva; [2]Servicio de Neurogastroenterología y Motilidad Digestiva Pediátrica. La Carolina Medical IPS, Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN

La acalasia es una enfermedad rara con una incidencia anual de 1-5 casos por 100,000 individuos y una prevalencia global de 7-32 casos por 100,000. Se caracteriza por disfunción esofágica, manifestándose principalmente con disfagia y dolor torácico[1]. Por otro lado, la esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada definida por la infiltración de más de 15 eosinófilos por campo de alto poder, asociada también con síntomas de disfunción esofágica. La literatura reporta un riesgo relativo (RR) de hasta 69.6% de desarrollar EoE en pacientes con acalasia menores de 40 años[1]. Presentamos el caso de una paciente con ambas patologías.

CASO CLÍNICO

Mujer de 61 años con disfagia para sólidos y líquidos (puntaje de Eckardt: 3/12). Se realizó esofagogastroduodenoscopia, evidenciando surcos longitudinales en el esófago y traquealización esofágica, biopsias con más de 15 eosinófilos por campo de alto poder, confirmando el diagnóstico de EoE. Se inició tratamiento con esomeprazol 40 mg cada 12 horas y se realizó manometría esofágica de alta resolución (HRM) con equipo Medtronic®, con hallazgos manométricos no conclusivos de acalasia tipo II según la clasificación de Chicago V.4.0 por lo que se optó por manejo conservador. Pese al tratamiento con inhibidores de bomba de protones (IBP), la paciente persistió con disfagia ocasional, por lo que se añadió restricción de leche, logrando remisión endoscópica (EREFS 1 punto, sin eosinófilos en biopsias). Sin embargo, la disfagia se exacerbó (Eckardt 5/12), por lo que se repitió la manometría sin cambios significativos. Se realizó esofagograma cronometrado con bario, evidenciando retardo en el vaciamiento esofágico a 1 minuto (columna de 68 mm), pero vaciamiento completo a los 2 minutos,

***Correspondencia:**
Claudia P. Zuluaga-Serna
E-mail: salerno_med@hotmail.com

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/).

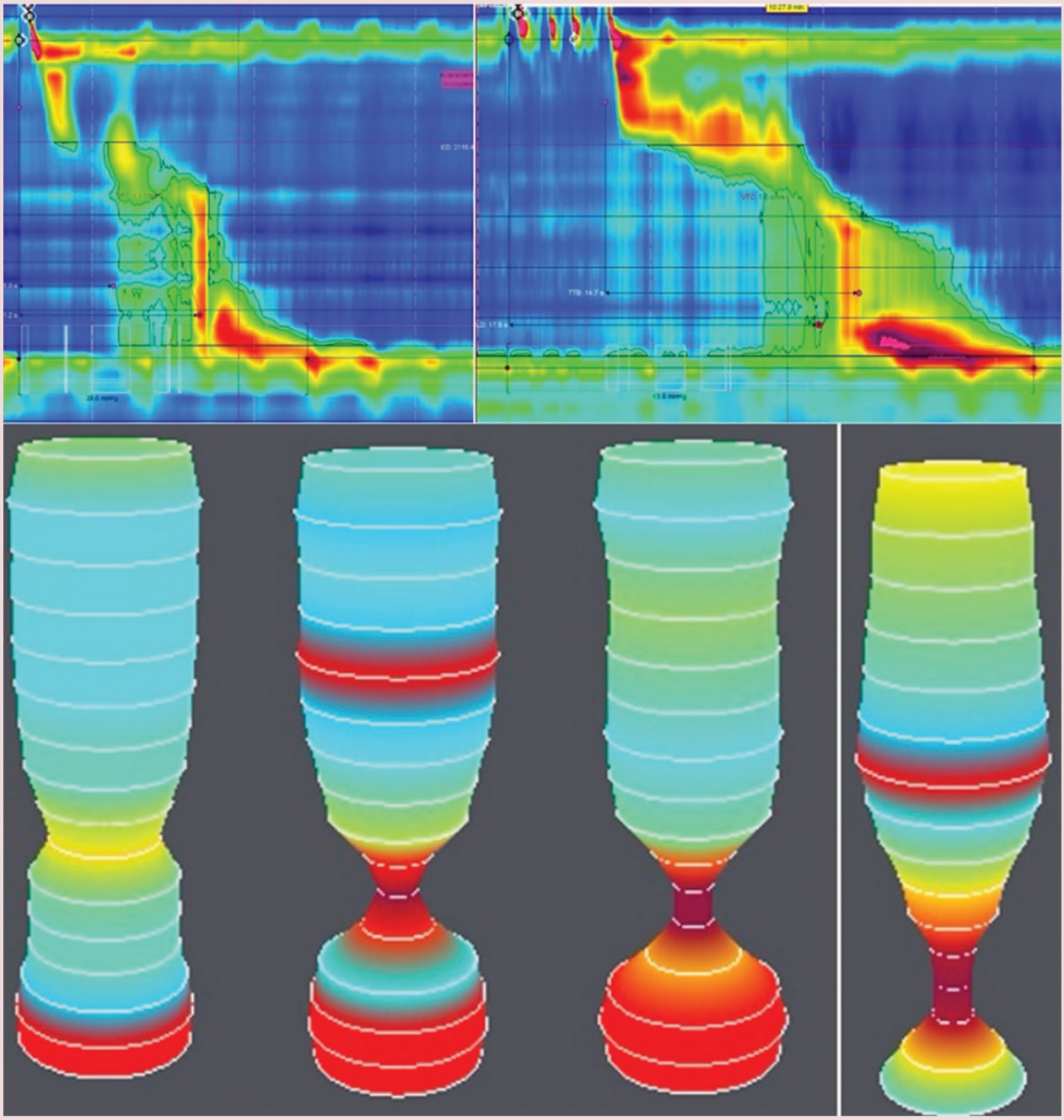

Figura 1. Manometría esofágica de alta resolución (porción superior) y EndoFLIP (porción inferior) compatible con el diagnóstico de acalasia. Imágenes a 40 ml, 50 ml, 60 ml y 70 ml.

compatible con acalasia. Ante estos hallazgos y el control histológico de la EoE, se complementó el estudio con EndoFLIP, que mostró reducción limítrofe en la apertura de la unión gastroesofágica (BrEO) con respuesta contráctil esofágica ausente con llenado de 70 mL se

logra diámetro de 13,6 mm e índice de distensibilidad de 2.0 mm²/mmHg, confirmando el diagnóstico de acalasia (Figura 1).

DISCUSIÓN

La coexistencia de EoE y acalasia ha sido documentada en hasta un 15% de los casos, sugiriendo una posible relación fisiopatológica. Se ha planteado la hipótesis de un origen alérgico de la acalasia. Sin embargo, estudios recientes[1] sugieren que el tratamiento de la EoE suele revertir los síntomas y restaurar la motilidad esofágica. En este caso, a pesar del control histológico de la EoE, la paciente mantuvo síntomas, hallazgos radiológicos y funcionales compatibles con acalasia, lo que sugiere la coexistencia de ambas entidades y la necesidad de un manejo especializado para cada una.

REFERENCIAS

1. Reddy CA, Allen-Brady K, Uchida AM, Peterson KA, Hoffman AM, Souza RF, et al. Achalasia is strongly associated with eosinophilic esophagitis and other allergic disorders. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024;22(1):34-41.e2. doi:10.1016/j.cgh.2023.06.013.

NeuroGastroLatam Reviews

RESUMEN DE CONGRESO

Utilidad diagnóstica de la impedancia basal nocturna media y factores asociados a su variación

Diagnostic utility of mean nocturnal basal impedance and factors associated with its variation

Roberto C. Guerrero-Barrera*, Elías A. San Vicente-Parada y Jesús I. Mazadiego-Cid

Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como el retorno del contenido gástrico hacia el esófago, lo que provoca síntomas molestos y/o complicaciones. A lo largo de los años, los criterios diagnósticos han evolucionado, principalmente debido a la necesidad de descartar otras enfermedades con síntomas similares o síndromes de sobreposición. Debido a la complejidad del diagnóstico, en algunos casos se recomienda realizar pruebas objetivas para documentar la presencia de reflujo gastroesofágico.

OBJETIVO

Determinar la utilidad diagnóstica de la impedancia media basal nocturna y los factores asociados a esta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo y analítico en un solo centro hospitalario. La muestra se conformó por registros de pacientes que acudieron al laboratorio de motilidad

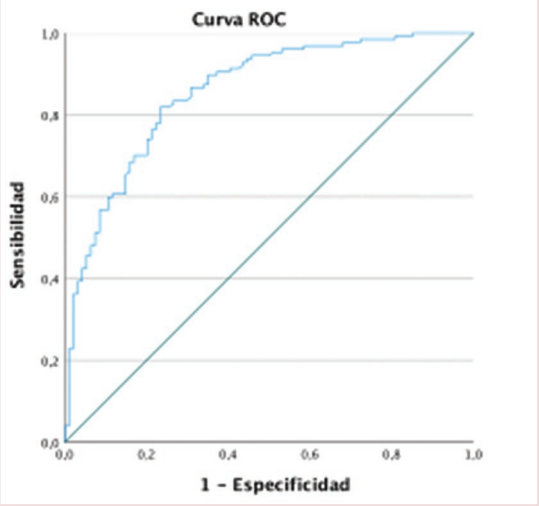

FIGURA 1. Curva ROC (ambos sexos).

***Correspondencia:**
Roberto C. Guerrero-Barrera
E-mail: robertogastroendosco@gmail.com

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/).

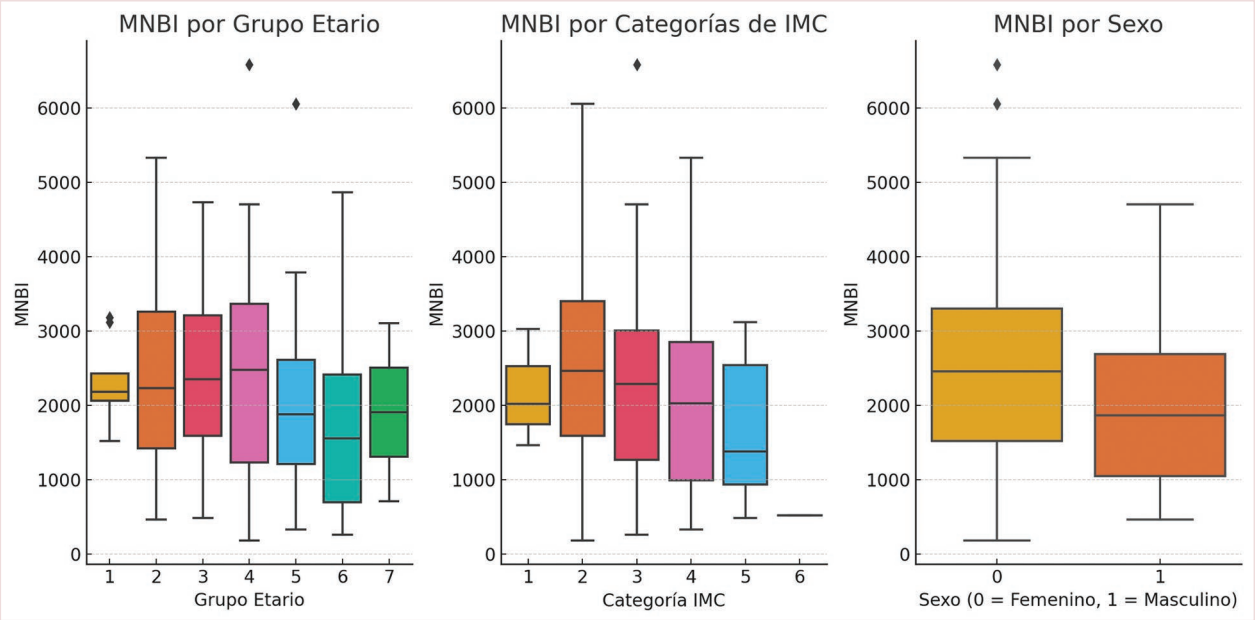

Figura 2. Análisis de varianza (ANOVA).

del Hospital Juárez México de enero del 2023 a enero del 2024. Se determinó el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico de acuerdo a los criterios del Consenso de Lyon 2.0. Se realizó la Prueba de T de Student para determinar la asociación entre el diagnóstico de ERGE y las diferentes variables independientes Se ejecutó la prueba de correlación de Pearson para evaluar interrelación del NMBI con el resto de las variables.

RESULTADOS

El estudio se conformó por 221 sujetos, de los cuales el 76% fueron mujeres y el 42.5% se clasificó con diagnóstico de ERGE. Se encontró una diferencia significativa entre los pacientes que padecieron ERGE en comparación con los sujetos que no lo padecieron en algunas variables; como el aumento en IMC (0.008), la longitud del EEI (0.035) y el MNBI ($p < 0.001$). De acuerdo con la prueba de correlación de Pearson hubo una correlación estadísticamente significativa entre el MNBI y el TEA (<0.001), el peso (0.004), la longitud del EEI (0.006) y el IMC (0.01). En el análisis de varianza (ANOVA) se encontró se encontró diferencia significativa entre los valores de MNBI entre hombres y mujeres ($p < 0.001$). En las curvas ROC se observó un punto de corte de 2005 Ohms para mujeres con una sensibilidad del 90% y especificidad del 73%. En hombres se obtuvo un punto de corte de 1456 Ohms con una sensibilidad del 83% y especificidad del 63% (Figs. 1 y 2).

CONCLUSIÓN

El factor más significativo encontrado en este estudio fue el sexo, encontrando una correlación estadísticamente significativa entre TEA y MNBI así como mejor rendimiento de la MNBI como predictor de la ERGE en mujeres.

www.neurogastrolatamreviews.com

PERMANYER

NeuroGastroLatam Reviews

RESUMEN DE CONGRESO

Correlación de la integral contractil de la unión esofagogástrica con el tiempo de exposición al ácido en los distintos fenotipos de enfermedad por reflujo gastroesofágico

Correlation of the contractile integral of the esophagogastric junction with acid exposure time in different gastroesophageal reflux disease phenotypes

R.A. Miranda-Maciel*, E.A. San-Vicente-Parada, J.C. Hernández-Rivera y A. Peña-Montes

Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

En los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la manometría esofágica de alta resolución (MAR) es una herramienta diagnóstica que permite evaluar trastornos de la motilidad esofágica y las características de la union esofagogástrica (UEG) que condicionen a la enfermedad. La integral contráctil de la UEG (IC-UEG) es una métrica adicional que se ha correlacionado con el tiempo de exposición al en los distintos fenotipos de ERGE. Existen pocos estudios que validen esta métrica.

OBJETIVO

Evaluar el comportamiento de la IC-UEG en los distintos fenotipos de reflujo y determinar su correlación al tiempo de exposición al ácido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico de pacientes referidos a MAR y pHmetría con impedancia (pHZ) por síntomas de ERGE entre Enero 2022 y Diciembre 2023. Se analizaron las MAR y pHZ de 201 pacientes. Se realizó medición de la IC-UEG en 3 ciclos respiratorios mediante la herramienta SmartMouse del software ManoView. Acorde al resultado de la panendoscopia, así como las distintas métricas de la pHZ, se dividió a los pacientes en los siguientes fenotipos de ERGE: Enfermedad erosiva (EE), Enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo (ERNE), hipersensibilidad al reflujo (HS) y pirosis funcional (PF). Se calculan medidas de tendencia central, estadística descriptiva. ANOVA y pruebas de correlación.

***Correspondencia:**
R.A. Miranda-Maciel
E-mail: rmirandamaciel@gmail.com

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/).

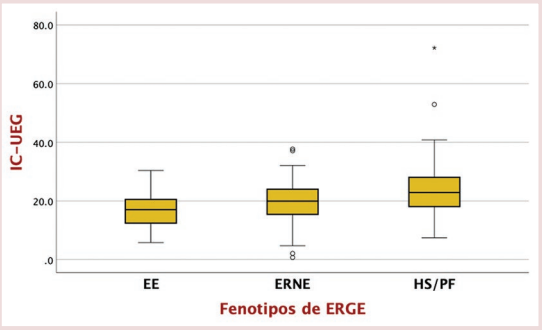

Figura 1. Comportamiento de la IC-UEG en los distintos fenotipos de ERGE. EE: Enfermedad erosiva; ERNE: Enfermedad por reflujo no erosiva; HS: Hipersensibilidad al reflujo; IC-UEG: integral contráctil de la unión esofagogástrica; PF: Pirosis funcional.

RESULTADOS

Se incluyeron 202 pacientes en el estudio, de los cuales 37 tuvieron diagnóstico de ERGE (18.3%) 62 ERNE (30.7%) y 103 pirosis funcional o hipersensibilidad al reflujo (51%) . La media de la IC-UEG en los pacientes con ERGE fue de 17.0 mmHg-cm, ERNE fue de 19.4 mmHg-cm, y en los pacientes con HS o PF fue de 23.8 mmHg-cm, como se observa en la figura 1. Se realizó ANOVA y post hoc entre los distintos fenotipos de ERGE, encontrando significancia estadística -0.001. Se calcula correlación de Pearson, encontrando correlación negativa entre la IC-UEG y el TEA estadísticamente significativa p = 0.001.

CONCLUSIONES

La IC-UEG es una métrica fácil de calcular en la MAR. Mediante este estudio demostramos que se comporta distinto acorde a los fenotipos de ERGE y se correlaciona negativamente al tiempo de exposición al ácido. Es necesario realizar mayor número para aumentar la validez y establecer un punto de corte.

www.neurogastrolatamreviews.com

PERMANYER

NeuroGastroLatam Reviews

RESUMEN DE CONGRESO

Manifestaciones extraintestinales, severidad de síntomas y grado de resiliencia según el subtipo de síndrome de intestino irritable en pacientes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel del occidente del país

Extraintestinal manifestations, symptom severity, and degree of resilience according to the subtype of irritable bowel syndrome in patients treated in the outpatient clinic of a tertiary care hospital in the west of the country

K.E. Medina-Morales*, E.C. Morel Cerda, F.A. Félix Téllez, P. Orozco Acuña, J.C. Delgadillo Tortajada, J.M. Aldana Ledesma y J.A. Velarde Ruiz Velasco

Servicio de Gastroenterología en el Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) afecta la calidad de vida no solo por sus síntomas gastrointestinales, sino también por la influencia del eje intestino-cerebro, que incluye trastornos psiquiátricos, sensibilización central y problemas del sueño. Según una revisión sistemática realizada por Ohlsson B. et al.[1] el 50% de los pacientes con SII presentan manifestaciones extraintestinales, lo que agrava su estado. Además, factores psicosociales como la ansiedad y la baja resiliencia contribuyen a la mayor severidad de los síntomas y al deterioro de la calidad de vida, lo que resalta la importancia de un enfoque integral en el tratamiento del SII.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de las principales manifestaciones extraintestinales, severidad de síntomas y grado de resiliencia según el subtipo de síndrome de intestino irritable en pacientes valorados en consulta externa de gastroenterología del Antiguo Hospital Civil Fray antonio Alcalde.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio de corte transversal de marzo del 2024 a noviembre del 2024 en el que se recolectaron mediante un cuestionario

***Correspondencia:**
K.E. Medina-Morales
E-mail: kevynmedinamd@gmail.com

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/).

Tabla 1. Características demográficas y manifestaciones extraintestinales en los fenotipos de síndrome de intestino irritable

Variable	SII-E (n = 32)	SII-D (n = 31)	SII-M (n = 38)	SII-NC (n = 19)	p
Edad	44.5 (30-51)	43 (36-54)	30 (22-52)	51 (45-57)	0.055
Sexo					
Mujer, n (%)	27 (84.4%)	23 (74.2%)	32 (84.2%)	13 (68.4%)	0.527
Hombre, n (%)	5 (15.6%)	8 (25.8%)	6 (15.8%)	6 (31.6%)	
IMC	25.2 +3.5	23.9 +2.9	24.3 +2.8	27.6 +3	0.001
Ansiedad (HADS)	6.5 (3-11)	7 (5-11)	6 (5-10.5)	5 (4-8)	0.428
Depresión (HADS)	3 (1-9)	9 (2-14)	4 (3-6)	3 (1-8)	0.004
Manifestaciones extraintestinales, n (%)					
Distensión subjetiva	29 (90.6%)	29 (93.5%)	29 (76.3%)	16 (84.2%)	0.268
Cervicalgia	18 (56.3%)	10 (32.3%)	10 (26.3%)	2 (10.5%)	0.009
Reflujo	15 (46.9%)	9 (29%)	19 (50%)	2 (10.5%)	0.016
Migraña	13 (40.6%)	9 (29%)	16 (42.1%)	2 (10.5%)	0.120
Fascitis	8 (25%)	11 (35.5%)	15 (39.5%)	4 (21.1%)	0.493
Fibromialgia	7 (21.9%)	4 (12.9%)	2 (5.3%)	0 (0%)	0.096
Cistitis	7 (21.9%)	9 (29%)	9 (23.7%)	2 (10.5%)	0.616
Síndrome premenstrual	7 (21.9%)	9 (29%)	6 (15.8%)	3 (15.8%)	0.215
Artralgias	5 (15.6%)	8 (25.8%)	5 (13.2%)	2 (10.5%)	0.565
Piernas inquietas	5 (15.6%)	11 (35.5%)	19 (50%)	3 (15.8%)	0.012
Parestesias	4 (12.5%)	5 (16.1%)	13 (34.2%)	4 (21.1%)	0.166
Dermatitis atópica	7 (21.9%)	7 (22.6%)	14 (36.8%)	0 (0%)	0.013
Candidiasis	0 (0%)	4 (12.9%)	6 (15.8%)	0 (0%)	0.078

HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; IMC: Índice de masa corporal.

de google forms datos de pacientes valorados en consulta externa de gastroenterología, se entrevistaron 200 sujetos de los cuales 121 (60.5%) cumplen criterio de Roma IV para síndrome de intestino irritable y 79 (39.5%) individuos sanos.

Se registraron datos sociodemográficos, se aplicó criterios de Roma IV para categorizar el subtipo de SII,Se realizó mediante Prueba de chi-cuadrado para comparar proporciones de manifestaciones extraintestinales entre grupos, análisis de varianza (ANOVA) para comparar medias de variables continuas entre grupos con un nivel de significancia estadística establecido en $p < 0.05$.

RESULTADOS

El subanálisis realizado en 121 sujetos con SII permitió evaluar diferencias entre sus subtipos en cuanto a características generales, niveles de ansiedad y depresión, manifestaciones extraintestinales, severidad de síntomas y resiliencia. No se encontraron diferencias significativas en edad y sexo entre los subtipos, pero el fenotipo no clasificable presentó un IMC más alto (27.6 ± 3, $p = 0.001$). En cuanto a manifestaciones extraintestinales, la cervicalgia fue más frecuente en el SII estreñimiento (56.3%, $p = 0.009$), mientras que el SII mixto mostró mayor prevalencia de reflujo (50%, $p = 0.016$) y síndrome de piernas

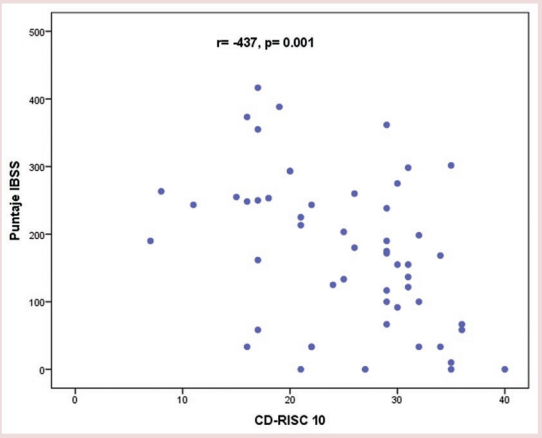

Figura 1. Coeficiente de correlación de Spearman de -437, p = < 0.001, lo que significa que a mayor severidad de síntomas menor resiliencia.

inquietas (50%, p = 0.012) sin embargo estos datos no son estadisticamente significativos (Tabla 1). En términos de salud mental, los pacientes con SII diarrea mostraron niveles más altos de depresión (9 [2-14], p = 0.004), mientras que los niveles de ansiedad fueron similares en todos los grupos.

Al evaluar la severidad de los síntomas con la escala IBS-SSS, el SII diarrea presentó mayor puntaje (213.3 [173.3-338.2], p < 0.001), mayor proporción de casos graves (29%, p < 0.001), más días con dolor (4 [3-7], p < 0.001), mayor insatisfacción evacuatoria (36.7%, p < 0.001) e impacto en actividades diarias (9.7%, p = 0.013) lo que se asocio con menor resiliencia (90.3%, p < 0.001) (Fig. 1).

CONCLUSIÓN

Este estudio evidencia diferencias clínicas, demográficas y sintomáticas en pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) en comparación con la población general, se identificaron variaciones significativas entre los fenotipos de SII, especialmente en severidad de síntomas, calidad de vida y resiliencia.

Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en ansiedad y depresión entre pacientes con SII y controles, los primeros tendieron a puntajes más altos en severidad de síntomas y menor resiliencia. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un manejo individualizado y multidisciplinario que integre aspectos clínicos, emocionales y de calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Ohlsson B. Extraintestinal manifestations in irritable bowel syndrome: a systematic review. Ther Adv Gastroenterol. 2022;15:17562848221114558. doi:10.1177/17562848221114558

NeuroGastroLatam Reviews RESUMEN DE CONGRESO

Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable y análisis por subtipos

Frequency of anxiety and depression in patients diagnosed with irritable bowel syndrome and analysis by subtypes

Ma. Carmen Alegría-Ovando*, Claudia G. Solís-Hernández, Yoali M. Velasco-Santiago, Miguel Motola-Kuba y Ma. de Fátima Higuera-de la Tijera

Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo caracterizado por una alteración en la interacción del eje cerebro-intestino. En el SII a menudo coexisten afecciones psiquiátricas que incluyen depresión, ansiedad y somatización. Los antidepresivos y las terapias psicológicas pueden ser beneficiosos en el SII, no sólo por su efecto dentro del SNC, sino también porque tienen efectos periféricos sobre la percepción del dolor, la hipersensibilidad visceral y la motilidad gastrointestinal.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con SII.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y analítico, de tipo casos y controles, en el que se compararon pacientes con SII, con base en criterios de ROMA IV, y controles sanos. Todos los pacientes mayores de 18 años, que acudieron a la consulta externa de Gastroenterología en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se les aplicó el cuestionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) para evaluar la presencia de ansiedad y depresión.

Se realizó un sub-análisis para comparar entre los diferentes tipos de SII. Para comparar entre grupos se empleó la prueba de t de Student, U de Mann-Whitney, Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher según el tipo y distribución de cada variable. Cuando se comparó entre 3 o más grupos se usó prueba

***Correspondencia:**
Ma. Carmen Alegría-Ovando
E-mail: maryalegria_22@outlook.com

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/).

Tabla 1. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnostico de síndrome de intestino irritable y análisis por subtipos

HADS-D	Número	%
Categoría normal	28	37.8%
Categoría limítrofe	28	37.8%
Categoría anormal	18	24.3%
HADS-A	**Número**	**%**
Categoría normal	26	35.1 %
Categoría limítrofe	32	43.2 %
Categoría anormal	16	21.6%

de ANOVA de un factor. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

De los 112 pacientes analizados, 74 tenían SII y 40 fueron controles sanos. La mayoría de los participantes eran mujeres (87%) con una edad media de 49 ± 14.8 años. Dentro del grupo con SII, se identificaron tres subtipos: SII-E (predominio estreñimiento) en 40 pacientes (54%), SII-D (predominio diarrea) en 23 pacientes (31%), y SII-M (mixto) en 11 pacientes (14.8%).

En cuanto a la comorbilidad psicológica, el 24.3% de los pacientes con SII fueron diagnosticados con depresión, y el 37.8% estaban en el límite. Se observó una mayor frecuencia de depresión en comparación con los controles sanos (24.3% vs 0%, $p = 0.001$), aunque no hubo diferencias significativas entre los subtipos de SII ($p = 0.37$). En cuanto a la ansiedad, el 21.6% de los pacientes con SII recibieron este diagnóstico, y el 43.2% estaban en el límite. Similarmente, se encontró una mayor frecuencia de ansiedad en comparación con los controles sanos (21.6% vs 0%, $p = 0.001$), sin diferencias significativas entre los subtipos de SII ($p = 0.41$) (Tabla 1).

CONCLUSIÓN

La ansiedad y la depresión son más frecuentes en pacientes con SII que en individuos sanos. La presencia de estos trastornos psicológicos parece no estar influenciada por la predominancia de síntomas de estreñimiento, diarrea o ambos. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar y manejar adecuadamente los aspectos psicológicos en el tratamiento integral del SII. Abordar tanto los síntomas gastrointestinales como los psicológicos puede contribuir a mejorar la calidad de vida y los resultados clínicos de los pacientes.

¿Hasta qué punto son fiables las pruebas de aliento para detectar SIBO e IMO? Una evaluación crítica en controles sanos

How reliable are breath tests for detecting SIBO and IMO? A critical evaluation in healthy controls

Raúl A. Jiménez-Castillo[1,2], Francisco A. Félix-Téllez[2], José L. Vargas-Basurto[2], Nadia B. Noriega-García[2], Karla R. García-Zermeño[2] y José M. Remes-Troche[2]*

[1]Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León; [2]Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, Veracruz. México

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) y del sobrecrecimiento metanogénico intestinal (IMO) ha aumentado en las últimas décadas. El SIBO se ha popularizado por su alta prevalencia desde el momento en que se diagnostica indirectamente con pruebas de aliento. Sin embargo, la reproducibilidad y variabilidad de estas pruebas en sujetos sanos no han sido completamente reportadas.

OBJETIVO

Evaluar la variabilidad y reproducibilidad de las pruebas de aliento con lactulosa (LBT) y glucosa (GBT) en sujetos sanos para el diagnóstico de SIBO e IMO.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se evaluó a 40 adultos sanos. Cada sujeto se sometió a pruebas de aliento de hidrógeno y metano exhalado tras consumir 75 g de glucosa disuelta en 250 ml de agua. Se recogieron muestras de aliento cada 15 minutos durante un periodo de 2 horas. Al día siguiente, cada sujeto consumió 10 g de lactulosa seguidos de 250 ml de agua. A continuación, se recolectaron muestras de aliento cada 15 minutos durante un período de 3 horas. La reevaluación tuvo lugar 2 semanas después. La elevación de hidrógeno ≥ 20 ppm con respecto al valor basal se consideró positiva para SIBO, mientras que IMO se definió como una elevación de metano ≥ 10 ppm con respecto al valor basal. La concordancia entre los resultados se analizó mediante la estadística kappa. La fiabilidad se

***Correspondencia:**
José M. Remes-Troche
E-mail: jose.remes.troche@gmail.com

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/).

evaluó comparando la consistencia de los resultados positivos y negativos en ambas sesiones de pruebas.

RESULTADOS

Al inicio del estudio, seis (15%) sujetos fueron positivos a la GBT, dos (5.0%) a hidrógeno y cuatro (10.0%) a metano. En la LBT, 24 (60.0) fueron positivos; 18 (45.0%) a hidrógeno, dos (5.0%) a metano y cuatro (10,0%) fueron positivos a hidrógeno y metano. En la segunda evaluación, en la GBT no hubo voluntarios positivos al hidrógeno, pero cuatro (10.0%) fueron positivos a metano. En la LBT, 24 (60.0%) fueron positivos, 18 (45.0%) a hidrógeno, dos (5.0%) a metano y cuatro (10.0%) fueron positivos a hidrógeno y metano.

Al inicio del estudio, los resultados de la prueba de aliento de hidrógeno espirado con glucosa (GHBT) y la prueba de aliento con lactulosa (LHBT) fueron concordantes en 18 (45.0%), 17 (42.5%) fueron negativos y uno (2.5%) fue positivo (kappa = -0.009). Los resultados de la prueba de aliento de metano espirado con glucosa (GMBT) y lactulosa (LMBT) fueron concordantes en 30 (75.0%), todos ellos negativos (kappa = -0.136). En la segunda prueba, los resultados de GHBT y LHBT coincidieron en 20 (50,0%), todos ellos negativos (kappa = -0.001). Además, los resultados de GMBT y LMBT coincidieron en 30 (75.0%), todos negativos, (kappa = -0.136).

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran una variabilidad significativa en los resultados de las pruebas del aliento entre sujetos sanos, particularmente con la LBT, en la que hasta un 60.0% fueron positivas. Mientras que las mediciones de metano mostraron una fiabilidad de moderada a alta, los resultados de hidrógeno, especialmente con lactulosa, fueron menos consistentes. Estos resultados suscitan dudas sobre la fiabilidad de las pruebas del aliento para diagnosticar SIBO e IMO en la práctica clínica.

NeuroGastroLatam Reviews RESUMEN DE CONGRESO

Impacto de la terapia de biorretroalimentación en pacientes con incontinencia fecal

Impact of biofeedback therapy on patients with fecal incontinence

A.L. Ordóñez-Vázquez, J.S. Arenas-Martínez, A. Fuentes-Montalvo, M. Esesarte-Rodríguez, I. Padilla-Betancourt y E. Coss-Adame*

Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

La terapia de biofeedback es una opción terapéutica en pacientes con incontinencia fecal que no responden al tratamiento farmacológico. El objetivo es mejorar la fuerza mediante la contracción de los músculos del suelo pélvico con y sin esfuerzo del balón intrarrectal. La terapia de biofeedback se realiza en 6 sesiones quincenales de 60 minutos de duración, sin embargo, no existe un protocolo estandarizado. Aunque existen múltiples ensayos clínicos sobre su efectividad, se reportan resultados heterogéneos para la mejoría clínica de la continencia, por lo que se requieren más estudios controlados para tener mejor calidad de evidencia.

OBJETIVO

Identificar el impacto en los desenlaces clínicos y manométricos de la práctica de mínimo 3 y máximo 6 sesiones de terapia de biofeedback para el tratamiento de pacientes con incontinencia fecal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión de expedientes de pacientes mayores de 18 años con IF atendidos en el laboratorio de motilidad del INCMNSZ en el periodo de 2020 a 2023. Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo y observacional. Análisis estadístico: Las variables se resumen con medianas, frecuencias y porcentajes. Se realizó la prueba de suma de rangos con signo de Wilcoxon para comparar la escala de Wexner y las presiones del esfínter anal antes y después de la terapia de biofeedback.

RESULTADOS

Se encontraron 13 casos de pacientes que asistieron a 6 sesiones de terapia de biofeedback.

***Correspondencia:**
E. Coss-Adame
E-mail: enriquecossmd@gmail.com

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/).

Tabla 1. Cambios en la Escala de Wexner (puntos) durante la terapia de bioretroalimentación

Basal	3ra sesión	p	6a sesión	p	p
12.5 (RIC 9-16) n= 23	NA	NA	9 (2-20) n= 14	0.005	NA

RIC: rango intercuartil.

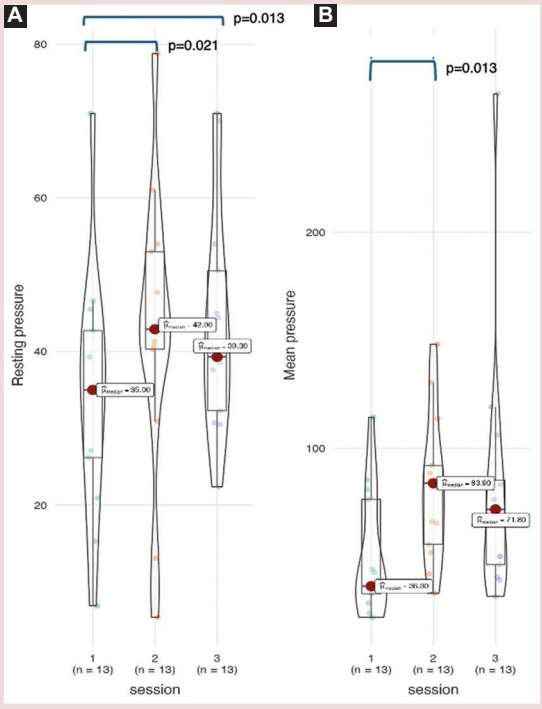

Figura 1. A: cambios durante la terapia de biorretroalimentación de la presión de reposo del esfínter anal, basal (1), en la tercera sesión (2) y a la sexta sesión (3) se muestran y comparan. **B:** cambios durante la terapia de biorretroalimentación de la presión anal promedio basal (1), en la tercera sesión (2) y a la sexta sesión (3) se muestran y comparan.

La edad media fue de 56 años (54-69), el 77% (n = 10) fueron mujeres; el 53,8% (n = 7) tenían antecedentes de cirugía anorrectal y el 30,8% (n=4) antecedentes de trauma obstétrico. Los valores medios basales de la escala de Wexner, presión de reposo del esfínter anal, contracción anal media y contracción anal máxima fueron: 14 puntos (RIC 11-19), 35 mmHg (26,2-42,7), 36,3 mmHg (32,8-76,4-114) y 89,8 mmHg (60-95,7), respectivamente. Los valores medios al final de las 6 sesiones fueron: 10 puntos (7-13, p 0,068), 39,3 mmHg (32,3-50,5, p 0,013), 71,8 mmHg (46,3-85,3, p 0,58) y 98 mmHg (70-116, p 0,127), respectivamente. En los pacientes que completaron 3 sesiones se observó una diferencia en el valor de la presión de reposo del esfínter anal 42,9 mmHg (40,3-53, p = 0,021) y la contracción anal media 83,9 mmHg (55,7-92,1, p < 0,013) respecto a los valores basales sin diferencia respecto a los pacientes que completaron 6 sesiones (p 0,893 y 0,45, respectivamente). Los cambios y resultados significativos en la escala de Wexner, presión anal en reposo y presión anal media se muestran en la tabla 1 y figura 1.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que la terapia de biofeedback es clínica y biomecánicamente efectiva para el tratamiento de la incontinencia fecal. Se observó una mejoría en la presión de reposo del esfínter anal y en la contracción media desde la sesión 3, sin embargo, determinar si se podría lograr la máxima efectividad terapéutica con este número de sesiones requiere más estudios.

www.neurogastrolatamreviews.com

PERMANYER

NeuroGastroLatam Reviews

RESUMEN DE CONGRESO

Asociación entre el estreñimiento crónico y el deterioro en la función cognitiva

Association between chronic constipation and cognitive impairment

Diego F. Abendaño-Rivera*, María A. Díaz-Castro, Raquel Y. López-Pérez y María De F. Higuera-de La Tijera

Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

En el envejecimiento normal, se observa cierto deterioro cognitivo, influenciado por diversas vías, incluida la conexión intestino-cerebro. En 2003, Braak y colaboradores propusieron que un patógeno intestinal desconocido podría influir en el inicio del Parkinson, estableciendo un modelo basado en la propagación de una proteína asociada con la enfermedad. Este modelo sugiere que el estreñimiento podría ser un síntoma temprano en ciertos trastornos neurocognitivos.

OBJETIVO

Identificar la asociación entre estreñimiento crónico y deterioro cognitivo en pacientes atendidos en la consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y prospectivo de casos y controles. Los casos incluyeron pacientes con estreñimiento crónico (EC) sin comorbilidades, mientras que los controles fueron individuos sanos o con trastornos de la interacción intestino-cerebro sin comorbilidades. Se excluyeron pacientes con incapacidad para leer o escribir, enfermedades neurocognitivas, psiquiátricas, hepáticas o renales conocidas, diabetes, uso de opioides, consumo de drogas y consumo de alcohol en cantidades riesgosas. Los participantes fueron evaluados con el cuestionario MoCA entre marzo y septiembre de 2024. El cálculo muestral se basó en el estudio de Wan et al. (2019) y se realizó con EPIDAT 3.1, utilizando un intervalo de confianza del 95%, potencia del 80% y una proporción 1:1 entre casos y controles, requiriendo 124 participantes por grupo. Para el análisis

***Correspondencia:**
Diego F. Abendaño-Rivera
E-mail: abendanoriveradiego@gmail.com

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/).

Tabla 1. Grupos de estudio

	Grupo	n	Media	Mediana	DE	Estadístico		gl	p
Puntuación de moca	Ec	124	27.2	28	2.45	T de Student	-3.848[a]	246	<0.001
	Grupo control	124	28.1	28	1.41	T de Welch	-3.848	197	<0.001
Edad	Ec	124	48.4	50	10.41	T de Student	0.659	246	0.511
	Grupo control	124	47.5	49	10.23	T de Welch	0.659	246	0.511
Años de escolaridad	Ec	124	12.2	12	2.44	T de Student	1.607	246	0.109
	Grupo control	124	11.7	11	2.61	T de Welch	1.607	245	0.109

H_a μ EC ≠ μ grupo control
[a]La prueba de Levene significativa (p < 0.05) sugiere que las varianzas no son iguales

de datos, se utilizó SPSS 23.0. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes, y las numéricas como medias y desviación estándar. Se aplicaron pruebas de χ^2, exacto de Fisher y t de Student, considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 248 participantes, 186 mujeres de 47 ± 10.2 años y 62 hombres de 48 ± 10.4 años. La escolaridad fue de 12.2 ± 2.4 años en pacientes con EC y de 11.7 ± 2.6 en controles. Ningún participante reportó consumo de alcohol superior a 20-30 g/día, y el 20 % consumía tabaco. Las personas con EC obtuvieron puntuaciones MoCA más bajas que los controles en ambos sexos (Fig. 1). No se encontró relación significativa entre edad y función cognitiva (p = 0.511), ni con años de escolaridad (p = 0.109) (Tabla 1). Las funciones más afectadas fueron ejecutiva-visoespacial, atención y lenguaje (p < 0.001).

En 124 participantes con otro trastorno de interacción intestino-cerebro (TIIC), no se encontró relación con deterioro cognitivo (p = 0.504). El principal TIIC fue dispepsia.

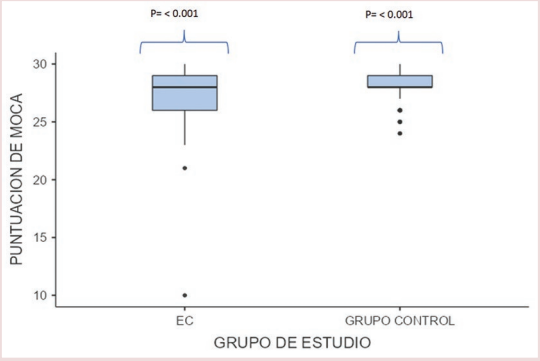

Figura 1. Grupo de estudio.

Los problemas para conciliar el sueño fueron más comunes en el grupo EC (31%) que en los controles (19%) (p = 0.019).

CONCLUSIONES

Los hallazgos sugieren una probable asociación entre el EC y puntuaciones más bajas en el cuestionario MoCA, indicando una posible relación entre el estreñimiento crónico y el deterioro cognitivo. Es fundamental considerar las limitaciones de este estudio y, en lugar de interpretar al EC como un síntoma de trastornos neurocognitivos, reconocerlo como una señal de alerta que podría indicar la presencia de este tipo de enfermedades, prestando especial atención a este fenotipo de pacientes.

NeuroGastroLatam Reviews RESUMEN DE CONGRESO

Pseudobstrucción colónica aguda: una serie de casos y revisión de la literatura

Acute colonic pseudo-obstruction: a case series and review of the literature

Abigail Fuentes-Montalvo, Ana Luisa Ordoñez-Vázquez, Josealberto Sebastiano Arenas-Martínez y Enrique Coss-Adame*

Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN

La pseudobstrucción colónica aguda (ACPO) es un fenómeno obstructivo de origen funcional caracterizado por dolor y dilatación colónica aguda en ausencia de causa mecánica. Afecta principalmente a pacientes con varias comorbilidades, en estado postoperatorio y/o críticamente enfermos. La teoría fisiopatológica más aceptada es la disfunción autonómica entérica. El diagnóstico se debe confirmar con tomografía abdominal que descarte causas de obstrucción mecánicas y revele complicaciones como isquemia y/o perforación intestinal. El tratamiento es escalonado considerando gravedad de síntomas, diámetro cecal, estabilidad hemodinámica y/o presencia de complicaciones, iniciando con medidas conservadoras y para casos con respuesta parcial y/o refractarios, existen opciones terapéuticas farmacológicas, endoscópicas y quirúrgicas.

OBJETIVO

Explorar mediante una serie de casos, nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo de la ACPO atendidos en un centro de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de los expedientes de 4 pacientes diagnosticados con ACPO durante el periodo de marzo-septiembre 2024.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se resumen los casos de 2 hombres y 2 mujeres con diagnóstico de ACPO, su evolución y tratamiento así como desenlace. La ACPO es un trastorno funcional subdiagnósticado, cuyos datos epidemiológicos en México no han sido reportados. La predilección de esta

***Correspondencia:**
Enrique Coss-Adame
E-mail: enriquecossmd@gmail.com

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/).

Tabla 1. Características que distinguen las variantes clínicas de la pseudobstrucción colónica aguda

Subtipo clínico	Datos clínicos	Respuesta a tratamiento
Clásica (80-90 %)	Dolor y distensión abdominal aguda, náusea, vómito, estreñimiento (60%). La TC es el método de diagnóstico que confirma la ausencia de obstrucción mecánica y excluye diagnósticos diferenciales.	Efectividad del tratamiento conservador (74%), tratamiento farmacológico (89%) y descompresión colónica endoscópica (82%). Tasa de mortalidad menor (1-8%) que otros subtipos.
Diarrea Secretora (< 5%)	Se asocia a la presencia de nefropatía preexistente (80%), hipokalemia, ácidosis metabólica y diarrea con imagen compatible para ACPO.	Efectividad del tratamiento conservador (36%), tratamiento farmacológico (7%) y descompresión colónica endoscópica (50%); presenta mayor mortalidad (21%). Requiere uso crónico de espironolactona.
Miopatía atrófica visceral (< 1%)	Se asocia con hipotiroidismo de inicio tardío; en pieza quirúrgica se identifican datos de miopatía visceral atrófica (pared delgada, capa múscular propia atrófica sin inflamación ni fibrosis) con células ganglionares y plexo mientérico no afectados.	Refractario a tratamiento convencional, muestra buena respuesta al realizar la sustitución hormonal tiroidea.

ACPO: pseudobstrucción colónica aguda; TC: tomografía de abdomen simple.

enfermedad por presentarse en población añosa, comórbida y en contexto de una descompensación aguda de la enfermedad de base, se presume sea por la inducción de una disfunción autonómica con hiperactividad simpática sin oposición parasimpática. Las formas clínicas son: a) la variante clásica, b) la variante con diarrea secretora (DS), pérdida intestinal de potasio e hipokalemia refractaria (5) y c) una variante asociada a hipotiroidismo (6) (Tabla 1). El tratamiento se divide en conservador con medidas de soporte y corrección de estado metabólico (efectividad del 77-96% en la forma clásica), descompresión farmacológica (neostigmina) y/o endoscópica (efectividad del 60-94% en forma clásica). La variante DS tiende a presentar menor respuesta a las estrategias convencionales y amerita uso crónico de espironolactona. En pacientes refractarios, sin complicaciones se debe considerar la colocación de una cecostomía percutánea que ha mostrado efectividad del 100% y menor mortalidad en comparación con las opciones quirúrgicas.

CONCLUSIÓN

Los casos de ACPO podrían incrementar proporcionalmente a la edad y comorbilidades de la población, por lo que su reconocimiento es indispensable en el abordaje del paciente con sospecha de obstrucción colónica. Actualmente, existen opciones terapéuticas que evitan recurrencias y mejoran la calidad de vida del paciente.

www.neurogastrolatamreviews.com

PERMANYER

NeuroGastroLatam Reviews

RESUMEN DE CONGRESO

Abordaje para la diarrea crónica con enfoque en diarrea funcional

Approach to chronic diarrhea with a focus on functional diarrhea

SA Zaragoza-Galicia[1], AS Morales-Guzmán[1,2], Ariadna Hernandez-Hernandez[1] y Max J. Schmulson-Wasserman[1,3]

[1]Laboratorio Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM) – Unidad de Investigación de Medicina Experimental, Facultad de Medicina – Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). [2]Posgrado en Biología Experimental, DCBS, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa (UAM-I), [3]Clínica de Gastroenterología y Motilidad, Clínica Lomas Altas, S.C.

INTRODUCCIÓN

La diarrea funcional (DrF) es una causa de diarrea crónica. Con el avance del conocimiento en los Trastornos de la Interacción Intestino-cerebro (TIIC), se han identificado causas que podrían explicar la DrF. De hecho, el Perfil Clínico Multidimensional para los TIIC, incluye, entre otros, modificadores clínicos y biomarcadores, los cuales son necesarios para un diagnóstico y tratamiento individualizado.

OBJETIVOS

Determinar las causas de diarrea crónica con enfoque en modificadores clínicos/biomarcadores para diagnosticar DrF.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 76 pacientes que consultaron por primera vez por diarrea crónica en una clínica especializada en motilidad y TIIC de la Ciudad de México. El abordaje diagnóstico y el diagnóstico final fueron analizados. Los pacientes con DrF fueron diagnosticados usando Criterios de Roma IV y se clasificaron de acuerdo con la presencia o no de modificadores clínicos/biomarcadores para DrF. Los resultados están expresados en porcentajes con IC 95% y medias ± DE.

RESULTADOS

Los pacientes presentaban edad de 54.2 ± 21.3 años, y el sexo se distribuyó en 56.6% de sexo

***Correspondencia:**
Max J. Schmulson-Wasserman
E-mail: mschmulson@gmail.com

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/).

Tabla 1. Diagnósticos finales. Diagnósticos presentados en pacientes con estudios diagnósticos recomendados y aquellos sin estudios diagnósticos pero que fueron diagnosticados

Diagnóstico	Pacientes (n) con estudios diagnósticos recomendados	Prevalencia (%)	Femenino (n)	Masculino (n)	Mediana de edad (rango)
Esprúe tropical	6	23,1	3	3	77 (30–82)
Colitis microscópica	5	19,2	5	-	66 (63–71)
Enfermedad celíaca	4	15,4	2	2	52,5 (14–69)
Colitis eosinofílica	2	7,7	-	2	65 (52–78)
Ileítis eosinofílica + SIBO	1	3,8	1	-	52 (–)
Enteropatía autoinmune	1	3,8	1	-	51 (–)
Infectious enterocolitis Chronicle	1	3,8	-	1	33 (–)
Pancreatitis crónica	1	3,8	1	-	83 (–)
CU no específica	1	3,8	1	-	79 (–)
Gastrinoma	1	3,8	-	1	71 (–)
Diarrea del diabético	1	3,8	-	1	77 (–)
Sigmoidectomía	1	3,8	-	1	82 (–)
Diarrea multifactorial (diabetes tipo 2, IBP)	1	3,8	-	1	86 (–)
Total diarrea orgánica	26	100	17	9	58 (14–86)
Diagnóstico	**Pacientes (n) sin estudios diagnósticos**	**Prevalencia (%)**	**Femenino (n)**	**Masculino (n)**	**Mediana de edad (rango)**
Esprúe tropical	6	23,1	3	3	77 (30–82)
Colitis microscópica	5	19,2	5	-	66 (63–71)
Enfermedad celíaca	4	15,4	2	2	52,5 (14–69)
Colitis eosinofílica	2	7,7	-	2	65 (52–78)
Ileítis eosinofílica + SIBO	1	3,8	1	-	52 (–)
Enteropatía autoinmune	1	3,8	1	-	51 (–)
Infectious enterocolitis Chronicle	1	3,8	-	1	33 (–)
Pancreatitis crónica	1	3,8	1	-	83 (–)
CU no específica	1	3,8	1	-	79 (–)
Gastrinoma	1	3,8	-	1	71 (–)
Diarrea del diabético	1	3,8	-	1	77 (–)
Sigmoidectomía	1	3,8	-	1	82 (–)
Diarrea multifactorial (diabetes tipo 2, IBP)	1	3,8	-	1	86 (–)
Total Diarrea orgánica	26	100	17	9	58 (14–86)

PI: post infección. SIBO: sobrepoblación bateriana (small intestinal bacterial overgrowth); IBP: inhibidores de la bomba de protones; MAB: malabsorción de ácidos biliares: SGNC: sesibilidad al gluetn no celíaco. TIIC: transtorno de la interacción internino-cerebro; UC: colitis ulcerativa.

femenino y 43.4% masculino, sin diferencias en la edad por sexo. De ellos, 23.7% consultó sólo una vez y no continuó con las pruebas diagnósticas recomendadas, quedando solo 58 (76.3%) que continuaron con la evaluación diagnóstica. Así, un 57.9% fueron diagnosticados con DrF, 34.2% con diarrea orgánica (DrO) y 7.9% con sobreposición DrF/DrO. No hubo diferencias por edad entre los grupos (DrF: 49.7 ± 21, DrO: 64 ± 18.1, sobreposición DrF/DrO: 45 ± 24, p = 0.55), ni por sexo entre los grupos (p = 0.3). En el grupo de DrF, solo el 68% presentó algún modificador clínico/biomarcador, siendo la gastroenteritis infecciosa (postinfección [PI]) el más frecuente (29.4%) (Tabla 1). En total, 43 pacientes fueron sometidos a un estudio de tránsito intestinal (TI), siendo normal (120-240 min) en el 37.2%, y acelerado (20-110 min) en el 62.8%. De estos últimos, 46.5% correspondió a DrF: 83.75 ± 53.2 min, 39.5% a DrO: 118.8 ± 47.3 min, y 14% a sobreposición DrF/DrO: 102.09 ± 53.4 min, (p = 0.1). Las anomalías morfológicas en el TI incluyeron signos de malabsorción, malrotación yeyunal, signos de inflamación, y divertículos duodenales, sin diferencia entre DrF, DrO, DrF/DrO. La presencia de serología positiva anti-CdtB/anti-vinculina fue similar en aquellos con DrF (DrF-PI, sensibilidad al gluten no celíaca) y DrO (esprúe tropical, enfermedad celíaca [EC], colitis microscópica, multifactorial), pero no se encontró en ninguno con DrF/DrO. Otras pruebas útiles para DrO fueron los carotenos para malabsorción intestinal, serología o biopsias endoscópicas para EC, enteritis/colitis eosinofílica, y colitis microscópica.

CONCLUSIONES

En esta población estudiada, no hubo diferencias en el TI y en la serología anti-CdtB/anti-vinculina en DrF, DrO, DrF/DrO. Sin embargo, los datos sugieren que además de los criterios clínicos de Roma, en DrF se requiere una evaluación completa que incluya TI y anti-CdtB/anti-vinculina, junto con otras pruebas para descartar DrO, con el objeto de capturar la multidimensionalidad de estos pacientes, e individualizar el tratamiento.