



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 18 de noviembre de 2024

Neurogastroenterología III

Lun145

EXPERIENCIAS ADVERSAS DE LA INFANCIA Y CAMBIOS MANOMÉTRICOS EN INDIVIDUOS CON INCONTINENCIA FECAL Y ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

J. L. Vargas-Basurto, B. A. Priego-Parra, H. R. Ordaz-Álvarez, K. R. Rocío-Zermeño, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, G. P. Martínez-Pérez, S. A. Reyes-Díaz, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Las experiencias adversas de la infancia (EAI) se relacionan con trastornos gastrointestinales debido a la disregulación del eje hipotálamo-pituitaria-suprarrenal que conduce al estrés tóxico y disfunción de las barreras de permeabilidad. Los estudios previos han mostrado que, en poblaciones pediátricas, el estrés temprano se vincula con incontinencia fecal (IF) y estreñimiento funcional (EF). Sin embargo, se dispone de pocos estudios en adultos y los existentes se centran casi de modo exclusivo en el abuso.

Objetivo: Comparar la prevalencia de EAI en individuos sanos y aquellos con estreñimiento funcional e incontinencia fecal, además de correlacionar estos hallazgos con alteraciones de los patrones de la manometría anorrectal.

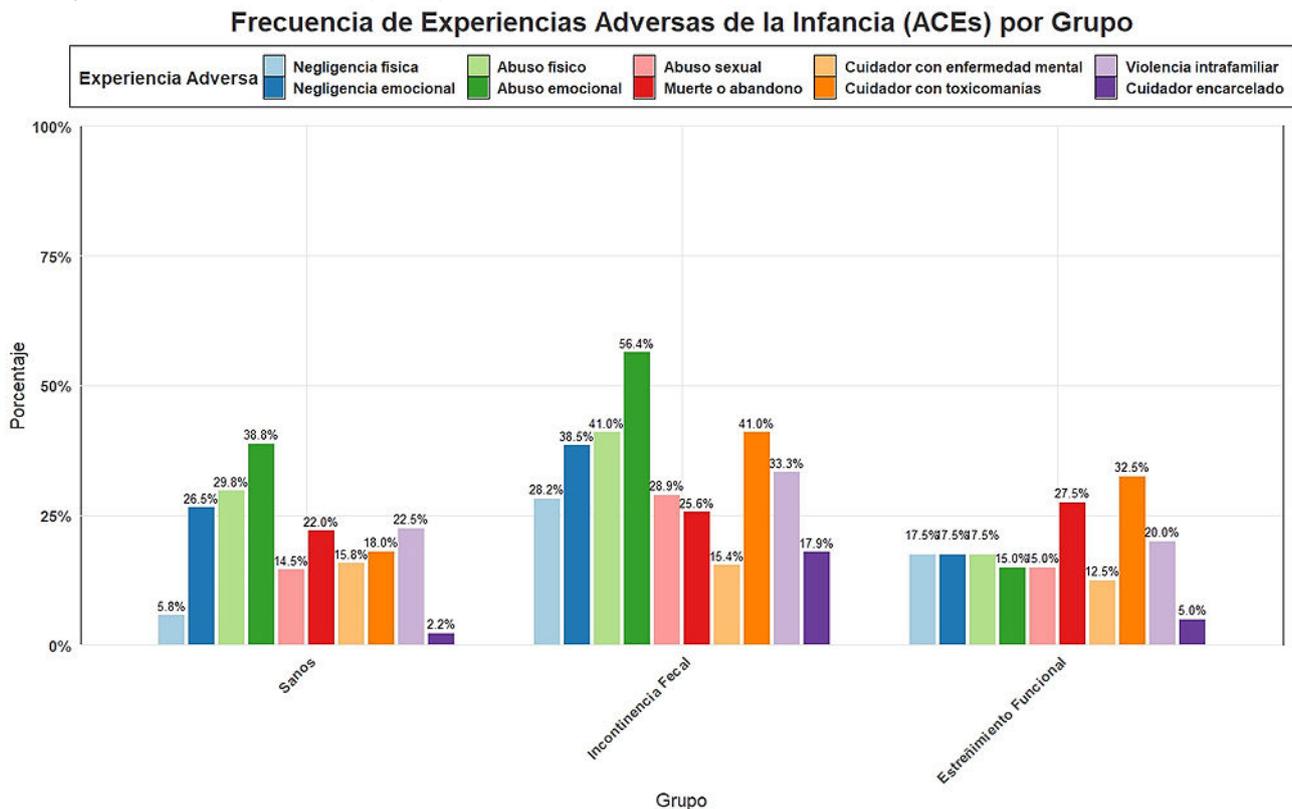
Materiales y métodos: Estudio transversal y analítico en el que se incluyó a 479 individuos, de los cuales 40 tuvieron diagnóstico de EF, 39 de IF y 400 eran individuos sanos. Todos los participantes completaron los cuestionarios sobre EAI, ansiedad y depresión (HADS), síntomas de incontinencia (Wexner) y síntomas de estreñimiento funcional (PAC-SYM). Los individuos con trastornos de la defecación se sometieron a manometría anorrectal (MAR). Se recopilaron y analizaron las métricas de acuerdo con la clasificación de Londres para trastornos anorrectales. Se evaluó la distribución de los datos y la homocedasticidad y se

utilizaron las pruebas t de Student o la de rangos de Wilcoxon para la comparación de medias; se incluyeron correlaciones con la prueba de Spearman y se implementó un modelo de regresión lineal generalizado mediante un método de eliminación hacia atrás para determinar predictores de IF y EF. Se calculó la razón de momios al IC95% y se determinó como significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis se efectuó con el programa R Studio 4.1.3.

Resultados: Al comparar a individuos sanos con enfermos se observó una mayor prevalencia de EAI en los sujetos con IF o EF (81% vs. 68,8%, $p = 0,029$) (Figura 1). En los pacientes con IF, aquellos que habían experimentado negligencia física o tuvieron un cuidador con toxicomanías requirieron un mayor volumen en la prueba de expulsión de balón para la primera sensación. Además, los sujetos con muerte o abandono mostraron una menor presión rectal durante la tos en comparación con aquellos sin EAI. En los casos con EF, los individuos con abuso sexual mostraron una mayor presión anal durante la tos, mientras que las personas con abuso emocional registraron un menor reflejo rectoanal inhibitorio. La negligencia física (OR 6,4; IC95%, 2,8-14,2; $p = 0,0001$), el abuso emocional (OR 2; IC95% 1-3,9; $p = 0,033$), el abuso sexual (OR 2,3; IC95%, 1-4,9; $p = 0,025$) y un cuidador abusador de sustancias (OR 3,1; IC95%, 1,5-6,3; $p = 0,001$) se vincularon con IF. Por otro lado, la negligencia física (OR 3,4; IC95%, 1,3-8,7; $p = 0,005$), el abuso emocional (OR 2,5; IC95%, 1,2-5,4; $p = 0,003$) y un cuidador con toxicomanías (OR 2,1; IC95%, 1-4,4; $p = 0,027$) se relacionaron con EF. Tras ajustar por edad, sexo e IMC se encontró que la edad (calculado 1,8, $z = 6,13$, $p = 0,0001$), el abuso físico (calculado 1,75, $z = 2,2$, $p = 0,024$) y un cuidador abusador de sustancias (calculado 2,3, $z = 3,1$, $p = 0,0001$) fueron predictores de IF. En cuanto a EF, la edad (calculado 0,94, $z = 5,99$, $p = 0,0001$) y un cuidador abusador de sustancias (calculado 1,16, $z = 2,2$, $p = 0,027$) fueron predictores significativos.

Conclusiones: Las EAI son más frecuentes en individuos con IF y EF en comparación con los sujetos sanos y se vinculan con ambas alteraciones. Además, ciertos dominios de EAI se correlacionan con patrones manométricos

Figura 1. EAI en individuos sanos y pacientes con estreñimiento funcional o incontinencia fecal; se muestra cada uno de los 10 dominios expresado en porcentaje. EAI, experiencias adversas de la infancia. (Lun145)



específicos. Con base en estos resultados, se recomienda el tamizaje sistemático de EAI en pacientes con trastornos de la defecación para una mejor comprensión y control de estos padecimientos.

Financiamiento: No se contó con financiamiento alguno.

Lun146

EVALUACIÓN DE DIARREA CRÓNICA CON ENFOQUE EN DIARREA FUNCIONAL, MODIFICADORES CLÍNICOS Y BIOMARCADORES

M. Schmulson, S. A. Zaragoza-Galicia, A. Hernández-Hernández, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La diarrea funcional (DF) es un subgrupo de la diarrea crónica con prevalencia global según los criterios de Roma IV de 4,7% (IC95% 4,5-4,9) y en México de 4,4% (IC95% 3,5-5,3). Sin embargo, se ha investigado poco. Con el avance del conocimiento sobre trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC) se han identificado causas que la explican. En realidad, el perfil clínico multidimensional (PCMD) para los TIIC incluye modificadores clínicos y biomarcadores necesarios para el diagnóstico y el tratamiento individualizado.

Objetivo: Determinar las causas de diarrea orgánica (DO) y DF, y los modificadores clínicos y fisiológicos relacionados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 76 pacientes que consultaron por diarrea crónica en una clínica especializada en motilidad y TIIC, entre el 15 de febrero de 2021 y el 14 de noviembre de 2022. Se analizaron el diagnóstico definitivo y los estudios paraclínicos requeridos. Los pacientes con DF se clasificaron como sigue: con o sin modificadores clínicos/biomarcadores, y superposición con DO. Los resultados se expresaron en porcentajes e IC95%, medianas y rangos, y media \pm DE.

Resultados: Del total, 43 (56,6%) fueron mujeres y 33 (43,4%) hombres, con edad media de $54,3 \pm 21,3$ años y sin diferencias en edad por sexo. En 65,8% se determinó DF y en 34,2% DO, con edad de $49,2 \pm 21,2$ vs. $64 \pm 18,1$ años

($p = 0,07$), respectivamente; y de estos, 7,8% tenía sobreposición DF/DO. El 23,7% consultó una sola vez, de tal modo que 58 (76,3%) continuaron el abordaje diagnóstico. Del total de DF, una tercera parte no mostró modificadores clínicos/biomarcadores y dos terceras partes sí; la DF posinfección (PI) fue la más frecuente (18,5%) (Tabla 1). En general, en 43 se realizó tránsito intestinal (TI), que fue normal (120-230 min) en 37,2% y acelerado (20-110 min) en 62,8%. De estos últimos, dos terceras partes correspondieron a DF: $91,15 \pm 55,2$ min y una tercera parte a DO: $118,8 \pm 47,3$ min ($p = 0,09$). El TI acelerado permitió dirigir el tratamiento (p. ej., amitriptilina). Dentro de los hallazgos morfológicos del TI se reconocieron signos de mala absorción, mala rotación yeyunal y divertículos duodenales sin diferencias entre DF y DO. De 25 pacientes con anti-CdtB y antivinculina, fueron positivos cuatro para DF (DF-PI y SGNC) y cuatro para DO (esprue tropical, EC, colitis microscópica, parasitosis, diarrea multifactorial). Otros estudios de utilidad fueron los carotenos para esprue tropical, serología para EC, endoscopia y colonoscopia con biopsias para confirmar EC, ileitis o colitis eosinofílica, y colitis microscópica.

Conclusiones: Las alteraciones fisiopatológicas como el TI acelerado o las morfológicas, anti-CdtB/antivinculina, serología para EC, alteraciones histológicas en intestino delgado/colon se superponen en los pacientes con DF y DO, lo cual obliga a conducir un estudio completo en pacientes con diarrea crónica.

Lun147

ENCUESTA LATINOAMERICANA EN GASTROENTERÓLOGOS EXPERTOS EN TRASTORNOS DEL EJE INTESTINO-CEREBRO (TIIC) SOBRE EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

I. Hanna-Jairala, M. Schmulson, G. Puentes-Leal, A. M. Madrid, L. Aguilar-Paiz, J. Suazo-Barahona, J. M. Remes-Troche, E. Coss-Adame, L. M. Bustos-Fernández, L. Solé, Grupo Colaborativo: Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología, Hospital Miguel H. Alcívar

Tabla 1. (Lun146)

Diagnósticos	Pacientes (n)	Prevalencia % (IC95%)	Sexo		Edad mediana (intervalo)
			Mujer (n)	Hombre (n)	
Diarrea funcional (DF)					
DF sin modificadores clínicos/biomarcadores	16	21,1	9	7	61,5 (16-86)
DF con modificadores clínicos/biomarcadores	34	44,7	17	17	42,0 (18-81)
– DF PI	10	13,2	5	5	47 (18-75)
---- DF PI + tránsito acelerado	4	5,3	1	3	31 (21-58)
– DF con tránsito acelerado	9	11,8	5	4	38 (19-81)
---- DF con tránsito acelerado + Pb SIBO	2	2,6	1	1	43,5 (26-61)
---- DF con tránsito acelerado + IBP	1	1,3	--	1	58
– DF Pos-COVID-19 y posvacuna	2	2,6	2	--	67 (61-73)
– DF por IBP	1	1,3	--	1	42
– DF con mala rotación yeyunal + SIBO	1	1,3	1	--	21
– DF con MAAB	1	1,3	--	1	73
– DF con SGNC	1	1,3	--	1	42
---- DF con SGNC + Pb SIBO	1	1,3	1	--	66
– TFGI con diarrea + Pb SIBO	1	1,3	1	--	23
Diarrea orgánica (DO)					
– Esprue tropical	6	7,9	3	3	77 (30-82)
– Colitis microscópica	5	6,6	5	--	66 (63-71)
– Enfermedad celiaca	4	5,3	2	2	52,5 (14-69)
– Colitis eosinofílica	2	2,6	2	--	65 (52-78)
– Ileítis eosinofílica + Pb SIBO	1	1,3	1	--	52
– Enteropatía autoinmunitaria	1	1,3	1	--	51
– Enterocolitis infecciosa crónica	1	1,3	--	1	33
– Pancreatitis crónica	1	1,3	1	--	83
– CUCI	1	1,3	1	--	79
– Gastrinoma	1	1,3	--	1	71
– Diarrea del diabético	1	1,3	--	1	77
– Sigmoidectomía término-terminal	1	1,3	1	--	82
– Diarrea multifactorial (diabetes mellitus tipo 2, IBP)	1	1,3	--	1	86
Total	76	100	43	33	58 (14-86)

PI, posinfección; Pb, probable; SIBO, sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado; IBP, inhibidores de la bomba de protones; MAAB, malabsorción de ácidos biliares; SGNC, sensibilidad al gluten no celiaca; TFGI, trastorno funcional gastrointestinal inespecífico; CUCI, colitis ulcerativa crónica inespecífica.

Introducción: El SII-Roma IV tiene una prevalencia de 4,1% en países de Latinoamérica, sin diferencias entre los encuestados (Argentina, Brasil, Colombia, México) en el Estudio Epidemiológico Global de Roma IV. (Schmulson, Neurogastroenterol Motil 2023). Aunque las guías de tratamiento del SII son similares, existen diferencias entre países por la disponibilidad de los fármacos y variabilidad en los sistemas de salud.

Objetivo: Evaluar la heterogeneidad en los tratamientos para SII entre gastroenterólogos expertos en TIIC en Latinoamérica.

Material y métodos: Encuesta por internet realizada a 97 gastroenterólogos expertos de 14 países de Latinoamérica (82,5% de práctica privada y 17,5% de práctica pública). Se incluyeron 110 preguntas, 87 relacionadas con el tratamiento del SII. Se realizó un análisis observacional descriptivo de exploración de datos de variables cualitativas.

Resultados: Los antiespasmódicos son los tratamientos más prescritos; 98% consideró al menos un antiespasmódico para el tratamiento de SII. Sin embargo, hay diferencias de acuerdo con el subtipo de SII: en el SII-D, el 93% indicó trimebutina, 85% bromuro de pinaverio y 84% mebeverina; en el SII-M, el 86%

prescribió trimebutina, 81% mebeverina o trimebutina + simeticona, y 80% bromuro de pinaverio; y en el SII-E, el 75% indicó trimebutina, 74% trimebutina + simeticona, y 72% bromuro de otilonio. El 40% no administra menta piperita, 30% dicitroverina y 25% hiosciamina y citrato de alverina por falta de disponibilidad en sus países. El 50% considera algunas veces pregabalina y 35% gabapentina. En cuanto a las dietas, el 83% indica una dieta baja en FODMAP y el porcentaje llega hasta el 93% cuando hay distensión abdominal; y 82% considera otras modalidades, como dieta baja en gluten o baja en lácteos. En el SII-D y en la distensión abdominal, más del 90% utiliza rifaximina o probióticos (sin diferencias entre cepas); también en el SII-D, el 81% prescribe colestiramina y 78% loperamida. En el caso de la prueba de aliento positiva, el 60% considera la rifaximina. En el SII-E, los tratamientos más administrados son polietilenglicol (92%), *psyllium* (89%), prucaloprida (77%) y linaclotida (60%); y también hay diferencias por disponibilidad local. Los neuromoduladores están indicados hasta en un 94% cuando no hay respuesta al tratamiento convencional; en el SII-D, los tricíclicos son los más empleados (94%) y en el SII-E los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (84%). En el

SII con síntomas depresivos, el 99% considera remitir a psicoterapia. Hasta el 75% indica en alguna medida tratamientos alternativos ante la falta de respuesta al tratamiento convencional, incluidos acupuntura, herbolarios, hipnosis y terapia cognitiva conductual (Tabla 1).

Conclusiones: La encuesta muestra un seguimiento de las guías de tratamiento, incluidos los antiespasmódicos como tratamiento de primera línea; su uso difiere por la disponibilidad local y subtipo de SII, pero son los más administrados en el SII-D. La rifaximina y los probióticos se administran con frecuencia para el SII-D. Los neuromoduladores se consideran un tratamiento de segunda línea y la psicoterapia en la depresión. Para la óptima aplicación de los recursos terapéuticos se requieren guías de práctica clínica diseñadas de acuerdo con la disponibilidad local de los tratamientos y las evidencias de mayor calidad.

Financiamiento: Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología.

Lun148

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN UNA POBLACIÓN MEXICANA

M. C. Alegría-Ovando, C. G. Solís-Hernández, M. F. Domínguez-Domínguez, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo caracterizado por una alteración de la interacción del eje cere-

Tabla 1. Frecuencia informada de tratamientos en el SII por subtipos. (Lun147)

Frecuencia	SII general					SII mixto			
	Neuromoduladores de segunda línea	Dieta baja en FODMAP	Dieta baja en FODMAP en distensión	Dieta baja en gluten o lactosa	Terapia psicológica en depresión	Terapias alternativas	Trimebutina	Mebeverina	Trimebutina + simeticona
Siempre	20,62%	12,37%	22,68%	5,15%	36,08%	5,15%	11,34%	9,28%	13,40%
La mayoría de las veces	46,39%	37,11%	23,71%	53,61%	31,96%	20,62%	25,77%	18,56%	32,99%
Algunas veces	26,80%	32,99%	46,39%	22,68%	30,93%	49,48%	48,45%	53,61%	35,05%
Nunca	6,19%	17,53%	7,22%	18,56%	1,03%	24,74%	13,40%	17,53%	10,31%
No está disponible en mi país	na	na	na	na	na	na	1,03%	1,03%	8,25%
SII-diarrea									
Frecuencia	Trimebutina	Bromuro de pinaverio	Mebeverina	Rifaximina	Probióticos	Colestiramina	Loperamida	Rifaximina con prueba de aire espirado +	Tricíclicos
Siempre	13,40%	11,34%	6,19%	32,0%	30,93%	3,09%	10,31%	27,8%	22,7%
La mayoría de las veces	37,11%	25,77%	20,62%	41,2%	40,21%	14,43%	17,53%	12,4%	41,2%
Algunas veces	42,27%	47,42%	56,70%	22,7%	23,71%	63,92%	50,52%	18,6%	29,9%
Nunca	6,19%	14,43%	15,46%	4,1%	5,15%	17,53%	18,56%	27,8%	6,2%
No está disponible en mi país	1,03%	1,04%	1,03%	0,0%	0,0%	1,03%	3,09%	13,4%	0,0%
SII-estreñimiento									
Frecuencia	Trimebutina	Trimebutina + simeticona	Bromuro de otilonio	Polietilenglicol	Psyllium	Prucaloprida	Linaclotida	Bisacodido	Inhib. de recaptación de serotonina
Siempre	7,22%	13,40%	9,28%	21%	7%	8%	10	2%	9,3%
							%		
La mayoría de las veces	28,87%	28,87%	17,53%	38%	24%	20%	15%	4%	28,9%
Algunas veces	38,14%	32,99%	45,36%	33%	58%	49%	34%	47%	45,4%
Nunca	24,74%	16,49%	24,74%	7%	10%	14%	13%	42%	16,5%
No está disponible en mi país	1,03%	8,25%	3,09%	1%	1%	8%	27%	4%	0,0%

bro-intestino. En el SII coexisten a menudo afecciones psiquiátricas que incluyen depresión, ansiedad y somatización.

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 comparó a pacientes con SII con base en criterios de Roma IV y controles sanos, incluidos 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 aplicó el cuestionario HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) para evaluar la ansiedad y la depresión. Se realizó un subanálisis para comparar entre los diferentes subtipos de SII. Para comparar entre grupos se emplearon las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney, ji cuadrada o prueba exacta de Fisher, según fueran el tipo y la distribución de cada variable. Cuando se comparó entre tres o más grupos se usó la prueba 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 correspondió a mujeres (87%), con una edad media de $49 \pm 14,8$ años. Dentro del grupo con SII se identificaron tres subtipos: SII-E (predominio de estreñimiento) en 40 pacientes (54%), SII-D (predominio de diarrea) en 23 (31%) y SII-M (mixto) en 11 (14,8%). En cuanto a la comorbilidad psicológica, el 24,3% de los pacientes con SII se diagnosticó con depresión y el 37,8% se hallaba 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 recibió este diagnóstico y el 43,2% se encontraba en el límite (Tabla 1). De modo similar, 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 ($p = 0,41$).

Conclusiones: 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 influida por el predominio de los síntomas de estreñimiento, diarrea o ambos. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar y controlar adecuadamente los aspectos psicológicos en el tratamiento integral del SII. Tratar los síntomas gastrointestinales y los psicológicos puede contribuir a mejorar la calidad de vida y los resultados clínicos de los pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable. (Lun148)

HADS-D	Número	Porcentaje
Categoría normal	28	37,8%
Categoría límite	28	37,8%
Categoría anormal	18	24,3%
HADS-A	Número	Porcentaje
Categoría normal	26	35,1%
Categoría límite	32	43,2%
Categoría anormal	16	21,6%

Lun149

¿GLUCOSA O LACTULOSA? CUÁL ES MEJOR. VARIABILIDAD Y REPRODUCIBILIDAD DE LAS PRUEBAS DE ALIENTO EN SUJETOS SANOS

J. L. Vargas-Basurto, R. A. Jiménez-Castillo, N. B. Noriega-García, F. A. Félix-Téllez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La prevalencia del sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) y el sobrecrecimiento metanógeno intestinal (SMI) se ha incrementado en los últimos años. Establecer el diagnóstico de SIBO e SMI en presencia de una prueba de aliento positiva puede ser impreciso y el sustrato utilizado es un factor importante, ya que el tiempo de tránsito de la lactulosa puede ser corto y dar lugar a una elevada proporción de resultados falsos positivos.

Objetivo: Documentar en sujetos sanos la variabilidad diagnóstica entre las pruebas de aliento en hidrógeno y metano espirado con sobrecarga oral de glucosa y lactulosa.

Material y métodos: Se incluyó a 30 adultos sanos de septiembre de 2023 a mayo de 2024. Se realizaron pruebas de aliento en hidrógeno y metano espirado con sobrecarga oral de glucosa (75 g) y lactulosa (10 mg) de forma secuencial. A las dos semanas, los individuos se reevaluaron con las mismas pruebas. Una elevación de hidrógeno ≥ 20 ppm con respecto al valor inicial se consideró positiva para SIBO. El SMI se definió como elevación de metano ≥ 10 ppm respecto del valor inicial. La comparación entre variables categóricas se realizó con la prueba ji cuadrada. Asimismo, la variabilidad entre pruebas de aliento se evaluó mediante el análisis de kappa. Se comparó el área bajo la curva (AUC) entre las pruebas de aliento con regresión lineal.

Resultados: En la prueba inicial, tres (10%) voluntarios sanos fueron positivos en la prueba de aliento con glucosa, dos (6,7%) a hidrógeno y uno (3,3%) a metano. En la prueba de aliento con lactulosa, 19 (63,3%) fueron positivos; 14 (46,7%) a hidrógeno, dos (6,7%) a metano y tres (16,7%) fueron positivos para hidrógeno y metano. En la segunda evaluación, en la prueba de aliento con glucosa no hubo ningún voluntario positivo a hidrógeno, pero 3 (10,0%) lo fueron a metano. En la prueba de aliento con lactulosa, 18 (60,0%) resultaron positivos, 15 (50%) a hidrógeno, 2 (6,7%) a metano y 1 (3,3%) a hidrógeno y metano. En la prueba inicial, los resultados de la prueba de aliento en hidrógeno espirado con glucosa (PAHG) y la prueba con lactulosa (PL) coincidieron en 13 (43,3%) voluntarios, 12 negativos y 1 positivo ($\text{kappa} = -0,016$). Los resultados de las pruebas de aliento en metano espirado con glucosa y lactulosa coincidieron en 24 (80%), todos negativos ($\text{kappa} = -0,059$). En la segunda prueba, los resultados de PAHG y PL coincidieron en 14 (46,7%), todos negativos. Además, los resultados de prueba de aliento en metano espirado con glucosa y prueba de aliento en metano espirado con lactulosa coincidieron en 24 (80%), todos negativos, ($\text{kappa} = -0,111$). Mediante análisis de regresión logística, el AUC entre la PAHG y la PL inicial se correlacionó significativamente ($r = 0,794$; $p < 0,001$). El AUC de hidrógeno entre la segunda PAHG y PL se correlacionó en grado significativo ($r = 0,542$; $p = 0,002$).

Conclusiones: Existe una cantidad considerable de resultados falsos positivos con la prueba de aliento en hidrógeno espirado con lactulosa. La variabilidad diagnóstica de SIBO y SMI fue alta entre las pruebas de aliento a base de glucosa y lactulosa.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento para la realización de este trabajo.