



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 15 de noviembre de 2021

Neurogastroenterología-Pediátrica

Lun113

IMPACTO EN LA MEJORÍA CLÍNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO SECUNDARIO A SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO DEL INTESTINO DELGADO

L. Berumen-Escobedo, E. M. Toro-Monjaraz, A. Loredó-Mayer, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO, *small intestine bacterial overgrowth*) es una causa común de síntomas gastrointestinales inespecíficos en los niños, como dolor abdominal crónico, distensión abdominal o diarrea. La prevalencia de SIBO en niños se ha explorado en un amplio espectro de contextos clínicos, incluidos los niños que viven en condiciones de pobreza, las personas con dolor abdominal crónico, así como los que padecen síndrome de intestino irritable, retraso del crecimiento y obesidad, entre otras enfermedades; con todo, las publicaciones médicas sobre este aspecto aún son limitadas.

Objetivo: Observar la mejoría de los síntomas en pacientes con dolor abdominal crónico secundario a sobrecrecimiento bacteriano tratados con antibióticos.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Se analizaron las historias clínicas del departamento de motilidad y fisiología gastrointestinal de un hospital terciario de referencia de la Ciudad de México. Se incluyó a pacientes de 4 a 17 años que tuvieron resultado positivo en una

prueba de hidrógeno espirado, que presentaban síntomas gastrointestinales indicativos de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado con dolor abdominal crónico. El seguimiento se realizó seis a ocho semanas después del tratamiento. Se realizó estadística descriptiva y se obtuvieron frecuencias, media y desviación estándar y estadística inferencial con el uso de ji cuadrada para variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas, con corroboración de la significancia estadística

Resultados: Se obtuvo una muestra de 147 pacientes, con un predominio del sexo femenino del 59.9% y una edad media de 9.25 ± 3.725 ($p = 0.001$). En relación con los síntomas de dolor abdominal crónico, 74.8% tenía distensión abdominal, 30% estreñimiento, 30.6% náusea y 18.4% diarrea. Se observó que el 81% de los pacientes con dolor abdominal crónico experimentó mejoría de los síntomas, el 57.1% tratado con rifaximina y el 43% con secnidazol. Hubo una mejoría en los síntomas tratados con rifaximina, 78% mostró alivio del dolor abdominal, 64% de la náusea, 82% del estreñimiento y 84% de la diarrea; 80% registró alivio del dolor abdominal, 84% de la náusea ($p = 0.831$), 82% ($p = 0.141$) del estreñimiento y 64% ($p = 0.483$) de la diarrea en los pacientes tratados con secnidazol ($p = 0.980$).

Conclusiones: Se debe destacar la búsqueda de sobrecrecimiento bacteriano en la infancia media con dolor abdominal. Se observa una mejora considerable en el dolor abdominal crónico después de administrar antibióticos en niños con un resultado positivo en una prueba de hidrógeno vencida. Se observa la desaparición de la diarrea en pacientes tratados con rifaximina y una mejoría de la náusea en pacientes que recibieron secnidazol. La muestra debe ampliarse para tener certeza de los resultados.

Financiamiento: No hubo ningún tipo de financiamiento para este proyecto.

Lun114

LA HIPOTONÍA DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR, PERO NO EL TRÁNSITO DEL BOLO, ESTÁ RELACIONADO CON MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA EN NIÑOS. ESTUDIO CON MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN E IMPEDANCIA COMBINADAS

E. M. Toro-Monjaraz, I. R. Castillo-Razo, H. T. Fuentes-Canales, F. E. Zárate-Mondragón, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, A. Loredó-Mayer, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Según la Clasificación de Chicago 4.0, uno de los trastornos esofágicos menores es la motilidad esofágica ineficaz (MEI), que se define por el 50% o más de degluciones ineficaces (débiles o fallidas) con un DCI < 450 mmHg-s-cm. Es la anomalía más común en la manometría esofágica, con una prevalencia registrada en las publicaciones médicas de 20% a 30%.

Objetivo: Generar más datos sobre la motilidad esofágica ineficaz en niños y la relación de la presión del esfínter esofágico inferior con el tránsito del bolo en pacientes con motilidad esofágica ineficaz.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a 15 pacientes con MEI según la Clasificación Chicago 4.0 que tenían manometría esofágica de alta resolución; se evaluaron la longitud del esófago, presión del esfínter esofágico inferior, DCI promedio, IRP, tránsito del bolo y tiempo del tránsito del bolo, que se compararon con controles de pacientes sanos; también se comparó cada grupo mediante la prueba t para datos no pareados y se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: De los 15 pacientes, 60% correspondía a mujeres y 40% a hombres, con una edad promedio de 13.4 años; en cuanto a los síntomas, 46.66% presentó disfagia, 33.3% reflujo, 6.6% vómito, 6.6% tos y 6.6% plenitud gástrica. Los casos se compararon con los controles y se halló lo siguiente: longitud del esófago (media 15.7 vs. 17.4, $p = 0.254$), presión del esfínter esofágico inferior (media 15.47 vs. 26.29, $p = 0.010$), longitud del esfínter esofágico inferior (media 3.5 vs. 2.72, $p = 0.39$), DCI (integral de contracción distal) media (296 vs. 1 448, $p = 0$), IRP (10.47 vs. 13.71, $p = 0.184$), tránsito del bolo (31.92 vs. 47.16, $p = 0.61$), tiempo de tránsito de bolo (3.3 vs. 5.1, $p = 0.044$).

Conclusiones: El EIM es el trastorno motor esofágico más frecuente en adultos y niños; en este estudio se encontró menor presión del esfínter inferior y menor longitud del esfínter esofágico inferior, por lo que se puede inferir mayor reflujo en estos pacientes o, viceversa, el trastorno de motilidad podría predisponer a una presión más baja en el esfínter esofágico inferior y causar mayores episodios de reflujo. Además, no se identificó alteración estadísticamente significativa en el tránsito del bolo en el EIM. En la actualidad no se dispone de estudios de motilidad esofágica ineficaz que caractericen a este hallazgo, por lo que se necesitan protocolos sobre estos hallazgos para estudios adicionales en la población general, así como en los pacientes pediátricos.

Financiamiento: Ninguno.

Lun115

CORRELACIÓN DE CALPROTECTINA FECAL CON ESCALAS CLÍNICAS Y MARCADORES BIOQUÍMICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. J. Mier-Prado, R. Vázquez-Frias, M. Urbán-Reyes, A. Consuelo-Sánchez, Instituto Nacional de Salud Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Introducción: Casi el 25% de los pacientes con EII inicia en la edad pediátrica. El diagnóstico y seguimiento de la enfermedad debe realizarse de forma integral, con datos clínicos, bioquímicos, imagenológicos, endoscópicos e histopatología. La calprotectina fecal (CF) es un biomarcador y un reactante de fase aguda, cuyas concentraciones pueden encontrarse elevadas como respuesta a la inflamación intestinal, por lo que es un biomarcador no invasivo, reproducible y de muy fácil acceso. Varios estudios realizados, sobre todo en adultos, han señalado que existe una correlación leve a moderada entre los valores de CF, marcadores séricos inflamatorios y la puntuación obtenida en las escalas de valoración clínica.

Objetivo: Establecer si existe correlación entre las cifras de CF con otros marcadores inflamatorios y la actividad de la enfermedad en niños mexicanos con EII.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en el que se incluyeron expedientes de pacientes menores de 18 años atendidos en una institución de tercer nivel de atención, de 2014 a 2020, con diagnóstico de EII y que contaran con una medición de CF durante el seguimiento. Se excluyeron los expedientes de pacientes portadores de colostomía, ileostomía o con resección intestinal y aquéllos con expediente incompleto. Se registraron variables demográficas, escalas de puntuación clínica (PUCAI, *Pediatric ulcerative colitis active index*), cifras de albúmina, hemoglobina, leucocitos, plaquetas, proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG) para cada determinación de CF realizada, incluso en un mismo paciente a tiempos diferentes. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características demográficas y clínicas de los pacientes; las variables cualitativas se expresaron como frecuencias o proporciones y las variables continuas como medias y desviaciones estándar. Se utilizó la prueba de correlación de Spearman entre las concentraciones de CF y los índices de actividad clínica y otros parámetros bioquímicos. El análisis estadístico se efectuó en SPSS. En virtud de que el estudio fue de naturaleza retrospectiva, de que sólo se revisaron expedientes y de que no se utilizará ni publicará información sensible que permitiera identificar a los pacientes, no se requirió el proceso de consentimiento informado.

Resultados: Se identificaron 334 mediciones de CF en 26 pacientes, el 61.5% del sexo femenino, el 96.1% ($n = 25$) con colitis ulcerosa y sólo un paciente con EII no clasificada. Edad promedio al diagnóstico: 7.1 ± 4.4 . La CF muestra una correlación positiva leve con PUCAI ($r = 0.310$, $p = 0.000$) y negativa leve con albúmina ($r = -0.355$, $p = 0.000$) y con hemoglobina ($r = -0.313$, $p = 0.000$). Se observó una correlación negativa moderada de albúmina y hemoglobina con PUCAI ($[r = -0.569$, $p = 0.000]$ y $[r = -0.503$, $p = 0.000]$, respectivamente). El valor de PCR mostró una correlación positiva leve con PUCAI ($r = 0.285$, $p = 0.000$), sin correlación con los niveles de CF ($r = 0.133$, $p = 0.022$). No hay correlación entre VSG y CF ($r = 0.059$, $p = 0.318$) o PUCAI ($r = 0.008$, $p = 0.889$).

Conclusiones: En los pacientes pediátricos con EII, las concentraciones de CF poseen una correlación levemente positiva con la actividad clínica y por tanto la CF por sí sola no debe ser el único parámetro a tomar en cuenta en el seguimiento de estos pacientes. La PCR parece ser mejor marcador de actividad de la enfermedad que la VSG. Los valores bajos de hemoglobina y albúmina tienen una mejor correlación tanto con la actividad clínica como con otros marcadores bioquímicos de la enfermedad, por lo que deben formar parte de la evaluación y seguimiento de estos pacientes.

Financiamiento: Ninguno.

Lun116**CARACTERIZACIÓN DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA MEDIANTE MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN Y ENDOSCOPIA EN NIÑOS**

H. T. Fuentes-Canales, E. M. Toro-Monjaraz, I. R. Castillo-Razo, N. Y. Domingo-Jiménez, F. E. Zárate-Mondragón, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La unión esofagogástrica (UEG) constituye una estructura funcional y anatómica compleja; su importancia deriva de su ubicación entre los límites del tórax y el abdomen. Varias alteraciones pueden afectar a la UEG y en ocasiones es difícil determinar sus límites anatómicos. Numerosos estudios permiten valorar las características de la UEG; los más utilizados son la manometría esofágica de alta resolución (MEAR) y la endoscopia.

Objetivo: Describir las características de la unión esofagogástrica valoradas por manometría esofágica de alta resolución y endoscopia.

Material y métodos: Los pacientes se estudiaron con MEAR (Diversatek®) y endoscopia. La ubicación de la UEG se midió en centímetros

desde la fosa nasal y la arcada dental mediante MEAR y endoscopia, respectivamente. Se evaluó la morfología de la UEG; con MEAR se clasificó como tipo I (sin separación entre el diafragma crural y el esfínter esofágico inferior), tipo II (separación espacial pequeña < 2 cm) y tipo III (separación grande > 2 cm); la evaluación endoscópica se realizó mediante la clasificación de Hill.

Resultados: Se incluyó a 20 niños con predominio masculino del 75% y una edad media de 13.6 años; la indicación más frecuente para realizar la MEAR fue la disfagia en el 55%. La localización media de la UEG fue de 37.33 cm por MEAR y 37.10 cm por endoscopia. Con MEAR, la longitud total media del esfínter esofágico inferior fue de 2.50 cm y la longitud intraabdominal media fue de 1.89 cm. La media de la presión del esfínter esofágico inferior fue de 29.85 mmHg y la media del punto de inversión de presión se ubicó en 37.55 cm. En cuanto a la morfología de la UEG, el tipo I se observó con mayor frecuencia por MEAR en el 95% y por endoscopia el 11.1% de los pacientes tenía hernia hiatal tipo I.

Conclusiones: La localización y morfología de la UEG pueden variar cuando se evalúan mediante dos métodos diagnósticos diferentes (manometría esofágica de alta resolución y endoscopia). Sin embargo, es necesario realizar estudios prospectivos para caracterizar a la UEG.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.