



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 21 de noviembre de 2022

Neurogastroenterología

Lun137

CORRELACIÓN DE ESTRÉS OXIDANTE (EO) CON INTERLEUCINAS EN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

M. Schmulson, A. S. Morales-Guzmán, A. Alarcón-Aguilar, A. Luna-López, A. D. Santana-Vargas, M. Motola-Kuba, F. Haidenberg-David, G. Gutiérrez-Reyes, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: El SII se considera un trastorno multifactorial que incluye activación inmunitaria e inflamación de bajo grado en un subgrupo de pacientes (Bashashati M et al. Neurogastroenterol Motil. 2014). Además, previamente se ha demostrado mayor EO en SII respecto de los controles debido a la mayor concentración de malondialdehído (MDA) y menor concentración de los sistemas antioxidantes glutatión reducido (GSH) y el cociente de GSH/glutatión oxidado (GSSG) (Morales-Guzmán AS et al. XXXVII Congreso Panamericano de Gastroenterología 2021). Por otra parte, se ha establecido una relación entre el aumento en EO y la inflamación, (Nathan C et al. Cell 2010), si bien esto no se ha evaluado en SII.

Objetivo: Determinar si existe correlación entre EO con interleucinas (IL) proinflamatorias y antiinflamatorias en SII y controles, y entre los subtipos de SII, con la intención de dilucidar los mecanismos fisiopatológicos del SII y entre los subgrupos del SII.

Material y métodos: Se incluyó a 30 pacientes (f: 27; edad: 42 ± 15 años) con SII-Roma III de la consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México y 30 controles negativos para SII,

pareados por sexo (f: 27; edad: 42 ± 14). Se excluyó a aquellos con enfermedades orgánicas (diabetes mellitus, autoinmunitarias, EII, enfermedad celiaca, infecciones recientes). Se recolectó sangre venosa periférica de cada individuo en ayuno. Previamente se determinaron la concentración de MDA por el método de Draper y Hadley, los carbonilos proteicos (CP) por dinitrofenilhidrazina, y los valores de GSH y GHSSG con el kit comercial (Sigma-Aldrich). Las concentraciones de IL-10, IL-4 y TNF- α se determinaron mediante inmunoensayo multiplex [Cat. HCYTOMAG-60K-06]. El análisis estadístico se llevó a cabo con la prueba de U de Mann-Whitney y HSD Tukey cuando fuera apropiado, y las correlaciones por r de Pearson. Se consideró significativa una $p \leq 0.05$.

Resultados: Los pacientes con SII se distribuyeron en SII con estreñimiento (SII-E): 36%, diarrea (SII-D): 14%, mixto (SII-M): 4% (un solo paciente, por lo cual se excluyó del análisis), y no clasificable (SII-NC): 46%. La concentración media de IL-10 fue menor en SII: 0.38 ± 0.61 vs. controles: 0.54 ± 0.58 $\mu\text{g}/\mu\text{L}$ ($p = 0.001$); al igual que la de IL-4, 23.53 ± 23.40 vs. 73.82 ± 54.82 $\mu\text{g}/\mu\text{L}$ ($p = 0.001$). No hubo diferencias en TNF- α entre SII y controles, pero los valores fueron mayores en SII-D: 0.05 ± 0.03 vs. SII-E: 0.01 ± 0.04 ($p = 0.05$). El EO no se correlacionó con citocinas en SII o en controles. Sin embargo, de acuerdo con los subtipos, en SII-E se identificó una alta correlación entre MDA e IL-4: $r = 0.77$ ($p = 0.03$), moderada entre MDA y TNF- α : $r = 0.61$ ($p = 0.04$) y correlación negativa entre GSSG e IL-1 β : $r = -0.99$ ($p = 0.04$). En contraste, en SII-D se observó alta correlación entre GSH e IL-4: $r = 0.99$ ($p = 0.04$). No se hallaron correlaciones en SII-NC.

Conclusiones: Estos datos confirman una disminución de citocinas antiinflamatorias (IL-10 e IL-4) en SII en comparación con los controles y aumento de la proinflamatoria TNF- α en SII-D respecto de

SII-E. Por otra parte, las diferencias en la relación de EO con citocinas de acuerdo con los subtipos de SII sugiere diferentes mecanismos fisiopatológicos en los subgrupos de SII, lo cual puede determinar biomarcadores de respuesta terapéutica en estos subgrupos. La falta de correlaciones en EO y citocinas en SII-NC a pesar de ser el subtipo predominante en este estudio indica que la activación inmunitaria/inflamación no es un mecanismo fisiopatológico fundamental en este subgrupo. Hasta donde saben los autores, este es el primer informe publicado en analizar la relación entre EO y citocinas en SII.

Financiamiento: División de Investigación, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Dirección de Investigación, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Lun138

CERTEZA DIAGNÓSTICA DE LA PRUEBA DE AIRE ESPIRADO CON LACTOSA PARA DETECCIÓN DE SOBRECIMIENTO BACTERIANO DEL INTESTINO DELGADO (SIBO)

F. L. Ayala-Aguillón, M. F. García-Cedillo, J. Aquino-Matus, J. S. Arenas-Martínez, D. I. Carmona-Guerrero, G. Valdez-Romero, J. P. Duarte-López, T. L. Beltré-González, E. Coss-Adame, Laboratorio de Motilidad, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El sobrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) se produce por la proliferación excesiva de bacterias que producen náusea, dolor y distensión abdominal, flatulencias y diarrea en grados variables de gravedad. La prueba de aire espirado con lactulosa es la herramienta diagnóstica más utilizada por su disponibilidad y se considera positiva cuando existe una elevación mayor de 20 ppm de hidrógeno sobre la cifra de referencia antes de los 90 min. Se ha observado que algunos pacientes con SIBO pueden presentar una prueba de aire espirado positiva con lactosa además de síntomas (intolerancia).

Objetivo: Determinar la certeza diagnóstica de la prueba de aire espirado con lactosa para la detección de SIBO en pacientes con prueba de lactulosa positiva como norma de referencia.

Material y métodos: Estudio transversal. Pacientes con síndrome de intestino irritable sin estreñimiento y sospecha de SIBO y mala digestión de la lactosa referidos para realización de prueba de aire espirado con lactulosa de 15 mL y lactosa de 25 g. El orden de las pruebas fue aleatorio (lactosa o lactulosa primero). Se utilizó estadística descriptiva para las características generales de la población en estudio y la certeza diagnóstica se calculó a través del índice de Youden.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes, 43 mujeres (84.3%), con una mediana de edad de 46 años (18-76) y mediana de IMC de 25.7 kg/m² (17.7-34.2). La prevalencia de SIBO fue de 64.7% (n = 33) medida por prueba con lactulosa. De éstos, 19 (57.5%) tuvieron una elevación máxima antes de 90 min en la prueba de lactosa positiva, que alcanzó una sensibilidad de 57.6%, especificidad de 55.6%, VPP 56.9%, VPN 64.7% y certeza diagnóstica de 13% (Tabla 1). En el grupo de pacientes sin SIBO, en 18 (35.3%) la prueba de lactosa mostró elevación máxima prematuro en 8 (44.4%), de los cuales 6 (75%) mostraron intolerancia.

Conclusiones: La certeza diagnóstica de la prueba de aire espirado con lactosa en pacientes con SIBO fue de 13%, por lo que no se recomienda como prueba única para diagnóstico de SIBO. Se encontró una prevalencia elevada de mala digestión de la lactosa en pacientes con SIBO (75%) que podrían beneficiarse de tratamiento con rifaximina.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Tabla de contingencia de una prueba diagnóstica para la detección de SIBO. (Lun138)

	Norma de referencia Lactulosa > 20 ppm de H ₂			
		+	-	Total
Nueva prueba Lactosa > 20 ppm de H ₂	+	19	8	27
	-	14	10	25
Total		33	18	51

Lun139

MOTILIDAD ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN: VARIABILIDAD ACORDE A LA GEOGRAFÍA EN UNA GRAN COHORTE MEXICANA

G. Vázquez-Elizondo, J. M. Remes-Troche, E. Coss-Adame, E. Suárez-Morán, M. A. Valdovinos-Díaz, S. Achem, ONCARE Gastrocenter

Introducción: La manometría de alta resolución del esófago (MARE) es una prueba que se ha empleado por poco más de una década. No obstante, la información acerca de la existencia de diferencias diagnósticas geográficas o regionales es escasa hoy día.

Objetivo: Caracterizar las indicaciones, datos demográficos y hallazgos diagnósticos de una cohorte en tres diferentes ciudades en México y determinar la presencia de las diferencias en los diagnósticos encontrados.

Material y métodos: Se incluyeron cuatro centros provenientes de diferentes regiones del país: centro (Ciudad de México, dos centros; años de registro de 2016 a 2020), sur (Veracruz, años de registro de 2015 a 2020) y norte (Monterrey, años de registro 2013 a 2020). Todos los pacientes consecutivos que se enviaron para realización de MARE se evaluaron de acuerdo con la clasificación de Chicago. Se empleó estadística descriptiva y comparativa para evaluar las frecuencias entre grupos.

Resultados: Se identificaron 2 932 casos: centro, n = 877 (29.9); norte, n = 1 003; 34.2); sur, n = 1 052 (35.9). Media de edad de 47.9 (11-93) años; mujeres, n = 1 795 (61.2); hombres, n = 1 137 (34.2). En todos los centros, la indicación más común para realizar la prueba diagnóstica fue síntomas de ERGE en 1 677 (57.2), seguido de disfagia con 587 (20); síntomas atípicos de ERGE con 244 (8.3); evaluación posoperatoria de ERGE con 230 (7.9), dolor torácico con 114 (3.9) y disfagia posoperatoria con 78 (2.8). Cuando se evaluaron las indicaciones por centro, el ERGE fue más frecuente en el sur (n = 665, 63.2%; p < 0.001); disfagia (n = 218, 24.9%; p < 0.001) y evaluación posoperatoria de ERGE (n = 153, 17.4%; p < 0.001) en el centro y síntomas atípicos de ERGE en el norte (n = 125, 12.5%; p < 0.001). La MARE fue normal en 1 462 (49.9%) casos; la **Tabla 1** muestra la distribución en cada uno de los centros. En el centro se encontró mayor proporción de casos anormales (n = 531, 60.5%, p < 0.001); se identificó más acalasia en el sur (n = 104, 19.5%; p = 0.0001), mientras que se observó mayor proporción de trastornos espásticos en el norte (n = 47, 11.8%; p = 0.002).

Conclusiones: Este estudio representa la primera cohorte grande y multicéntrica de una base de datos de MARE en México. En esta cohorte, la mayoría de los pacientes que se evaluaron con MARE correspondió a mujeres y la indicación más común fue ERGE. Estos hallazgos indican la existencia de variaciones de distribución geográfica en los diagnósticos manométricos. El estudio sugiere que es necesario realizar una mayor investigación en cuanto a las causas y la epidemiología de los trastornos motores por medio de creación de redes de investigación para lograr un mejor entendimiento de estos trastornos.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. (Lun139)

Distribución de indicaciones para MARE				
	Norte n = 1 003	Sur n = 1 052	Centro n = 877	p
ERGE	613 (61.1)	665 (63.2) *	399 (45.5)	p < 0.001
ERGE atípico	125 (12.5) *	96 (9.1)	23 (2.6)	p < 0.001
Todo ERGE	738 (73.6) *	761 (72.3)	422 (48.1)	p < 0.001
Dolor torácico	33 (3.3)	39 (3.7)	42 (4.8)	p = 0.228
Disfagia	139 (13.9)	230 (21.9)	218 (24.9) *	p < 0.001
Síntomas posoperatorios de ERGE	56 (5.6)	22 (2.1)	153 (17.4) *	p < 0.001
Síntomas posoperatorios de disfagia	37 (3.7)	0 (0)	42 (4.8) *	p < 0.001
Todos los pacientes con síntomas posoperatorios	92 (9.2)	22 (2.1)	195 (22.2) *	p < 0.001
Hallazgos diagnósticos en MARE				
Normal	596 (59.4) *	520 (49.4)	346 (39.5)	p < 0.0001
Anormal	407 (40.6)	532 (50.6)	531 (60.5) *	p < 0.0001
Acalasia (I, II, III)	46 (11.3)	104 (19.5)	62 (11.7)	p = 0.0001
Obstrucción al tracto de salida	39 (9.6) *	20 (3.8)	42 (7.9)	0.002
Trastornos hipercontráctiles (EED + EMN)	47 (11.8) *	26 (4.9)	19 (4.1)	0.002
Peristalsis débil (ausente, fragmentada e inefectiva)	267 (66.9)	382 (71.8)	369 (78.8) *	p < 0.0001

ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; EED, espasmo de esófago distal; EMN, esófago en martillo neumático.

Lun140

FRECUENCIA Y ASOCIACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA URINARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

F. A. Félix-Téllez, J. A. Peña-Barajas, M. A. Escobar-Montes, M. F. Del Río-O'Brien, M. E. Ibarra-Tapia, S. M. Barceló-Valdez, J. I. Cervantes-Contreras, E. S. García-Jiménez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es uno de los trastornos del eje cerebro-intestino más prevalente y tiene una amplia relación con síntomas extraintestinales en los que se incluyen los síntomas urinarios. La causa de dichos síntomas se atribuye con frecuencia a vejiga hiperactiva o cistitis intersticial con una presentación clínica heterogénea de la que existe poca evidencia sobre los fenotipos de síntomas urinarios en SII y el efecto que éstos generan en dicha población, motivo por el cual surge interés por la realización de este estudio.

Objetivo: Determinar la frecuencia, fenotipo y relación de síntomas urinarios en pacientes con SII.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de tipo casos y controles para analizar la frecuencia y la vinculación de síntomas urinarios con SII. La investigación se llevó a cabo en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente de México de enero a mayo del 2022. Se recolectaron datos sociodemográficos, antecedentes médicos, síntomas urinarios y gastrointestinales. Se aplicaron cuestionarios validados con los criterios de Roma IV para el diagnóstico y clasificación de SII, IBSQOL para gravedad de SII y HADS para ansiedad y depresión. Los síntomas urinarios se clasificaron en urinarios de almacenamiento (SUA), vaciamiento (SUV) y posvaciamiento (SUPV) según la *International Continence Society* (ICS). Como criterios

de exclusión se establecieron factores de riesgo para afección pélvica y pacientes con infección del tracto urinario. Se realizó un análisis de regresión logística univariado y multivariado con ji cuadrada con intervalos de confianza del 95%. En el caso de IBSQOL se realizó un análisis de distribución con Kolmogorov-Smirnov, Levenes para igualdad de varianzas y con posterioridad una comparación de medias con t de Student.

Resultados: Se estudió a un total de 94 pacientes con SII y 56 controles y se identificó en SII una prevalencia de síntomas urinarios del 53.2% (n = 50; IC95%, 0.42-0.63) y en los controles del 17% (n = 10; IC95%, 0.08-0.30). Se observó que los pacientes con SII tenían mayor edad (p = 0.032), ansiedad (p ≤ 0.001), depresión (p = 0.010), SUA (p ≤ 0.001), SUV (p = 0.001) y SUP (p = 0.004), sin reconocer diferencia en sexo. En el análisis de regresión logística univariado se encontró una relación de SII con ansiedad (OR, 3.93; IC95%, 1.85-8.34; p ≤ 0.001), SUA (OR, 3.87; IC95%, 1.75-8.59; p = 0.001) y SUV (OR, 4.55; IC95%, 1.64-12.5; p = 0.002). En el análisis multivariado sólo los SUA demostraron tener una vinculación estadísticamente significativa (OR, 3.93; IC95%, 1.01-6.08; p = 0.047). La proporción por subgrupos de SU según la ICS en pacientes con SII fue de 45.7% (n = 43; IC95%, 0.35-0.56) de SUA, 31.9% (n = 30; IC95%, 0.21-0.41) de SUP y 30.9% (n = 29; IC95%, 0.21-0.41) de SUV. Al valorar la relación de síntomas urinarios por subgrupo en pacientes con SII se identificó una relación de SUV (OR, 3.20; IC95%, 1.08-9.45; p = 0.030) y SUP (OR, 3.42; IC95%, 1.15-10.0, p = 0.039) con la presencia de trastorno depresivo. Al comparar la gravedad de SII con el cuestionario IBSQOL no se halló diferencia significativa en aquellos pacientes con SII y síntomas urinarios de manera global o por subgrupo de la ICS.

Conclusiones: El SII tiene una relación independiente con SUA, la cual puede vincularse con hipersensibilidad visceral, polaquiuria e incontinencia urinaria de urgencia. Estos síntomas urinarios no generan un efecto en la gravedad de SII y no tiene nexo con algún subgrupo de SII. Los SUV y SUPV se vincularon con trastorno depresivo en pacientes con SII, lo que podría sugerir un mecanismo de procesamiento central o conductual de los síntomas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun141

TRASTORNOS DE LA INTERACCIÓN INTESTINO-CEREBRO (TIIC) EN CENTROAMÉRICA: UN ESTUDIO POR INTERNET UTILIZANDO CRITERIOS DE ROMA IV

L. A. Aguilar-Paiz¹, I. Quintero-Samudio², D. Santana-Vargas³, J. Suazo-Barahona⁴, O. Alfaro-Murillo⁵, J. Galdámez-Estrada⁶, M. Mejía-Rivas⁷, M. Schmulson⁸, ¹Grupo MEDEGA, Hospital Centro Médico, Ciudad de Guatemala; ²Hospital San Fernando, Ciudad de Panamá, Panamá; ³Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras; ⁴Hospital México, CCSS, San José, Costa Rica; ⁵Hospital Profamilia, San Salvador, El Salvador; ⁶Hospital Vivian Pellas, Managua, Nicaragua; ⁷Laboratorio HIPAM Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Hospital General de México; ⁸Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México, México

Introducción: En fecha reciente, el Estudio Epidemiológico Global de la fundación de Roma de TIIC, según los criterios de Roma IV, incluyó a 24 países encuestados por internet e informó que el 40.3% (IC95%, 39.9-40.7) cumplió con criterios para al menos 1 TIIC. Aunque éste fue un esfuerzo sin precedentes, fue imposible encuestar a todos los países del mundo, y en realidad sólo cuatro eran de América Latina. Centroamérica (CA) es una región heterogénea de siete países (seis de habla hispana) con aproximadamente 50 millones de habitantes y con escasa información sobre TIIC.

Objetivo: Explorar la prevalencia de TIIC en los países de CA de habla hispana (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá).

Material y métodos: Encuesta por internet realizada por Dichter & Neira, empresa encuestadora con bases de datos de la región. Se utilizó el cuestionario oficial de Roma IV en español, 200 de cada país, para un total de 1 200 individuos encuestados. La cuota incluyó 50% de hombres y 50% de mujeres, con grupos de edad de 18-39: 40%, 40-64: 40%, ≥ 65: 20%, similar al Estudio de Epidemiología Global Roma IV. Los resultados se expresan en porcentajes e IC del 95% y se analizaron por ji cuadrada. Se obtuvo consentimiento informado adaptado para encuesta de internet. El estudio recibió aprobación del comité de ética de la división de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, y en los países donde la regulación local lo solicitó.

Resultados: Los sujetos incluyeron a 601 hombres y 599 mujeres, con ingresos mensuales de 250 a 999 dólares. La mayoría (55.2%; 52.3-58.0) satisfizo criterios de al menos un TIIC y predominaron las mujeres (64.1% vs. 46.3%; p = 0.0001). Las tasas de prevalencia de categorías diagnósticas específicas se muestran en la **Tabla 1**. Todos los trastornos fueron más prevalentes en mujeres. Ninguno de los sujetos cumplía los criterios para los trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente o los trastornos de la vesícula biliar y el esfínter de Oddi. Además, no se diferenció el estreñimiento inducido por opioides del estreñimiento funcional, ya que en español “medicamentos recetados para el dolor” que fue informado por el 14.2% puede incluir cualquier analgésico o antiespasmódico, y no sólo narcóticos. La prevalencia de TIIC decreció con la edad (p = 0.002), en particular los trastornos intestinales. No se observaron diferencias por ingresos o países específicos.

Conclusiones: Esta encuesta realizada por internet, primera hasta donde saben los autores, describe la epidemiología de los TIIC en CA; la mayoría (55.2%) cumplió con los criterios de al menos 1 TIIC según los criterios de Roma IV. Aunque las tasas de prevalencia fueron más altas que las informadas en el Estudio Global Roma IV

Tabla 1. (Lun141)

Trastorno	General % (IC95%)	Mujeres % (IC95%)	Hombres % (IC95%)	Trastorno	General % (IC95%)	Mujeres % (IC95%)	Hombres % (IC95%)
Pirosis funcional	4.8 (3.6-6.05)	5.2 (3.4-6.9)	4.5 (2.8-6.1)	SII	7.3 (5.8-8.7)	9.8 (7.5-12.2)	4.7 (3.0-6.3)
Dolor torácico	2.6 (1.7-3.5)	2.3 (1.5-4.2)	2.8 (1.1-3.6)	-SII-C	3.2 (2.2-4.2)	5.0 (3.3-6.8)	1.5 (0.5-2.5)
Hipersensibilidad al reflujo	2.6 (1.7-3.5)	3.2 (1.8-4.6)	2.0 (0.9-3.1)	-SII-D	2.3 (1.5-3.2)	2.8 (1.5-4.2)	1.8 (0.8-2.9)
Globus	0.5 (0.1-0.9)	0.7 (-0.1-0.8)	0.3 (0.1-1.3)	-SII-M	0.8 (0.3-1.2)	1.2 (0.3-2.0)	0.3 (0.1-0.8)
Disfagia funcional	7.4 (5.9-8.9)	9.8 (7.5-12.2)	5.0 (3.2-6.7)	-SII-U	0.9 (0.4-1.5)	0.8 (0.1-1.6)	1.0 (0.2-1.8)
Cualquier trastorno esofágico	13.8 (11.8-15.7)	16.4 (13.4-19.3)	11.1 (8.6-13.7)	Diarrea funcional	5.3 (4.0-6.5)	2.5 (1.2-3.8)	8.0 (5.8-10.2)
Dispepsia no investigada	14.5 (12.5-16.5)	19.6 (16.5-22.9)	9.3 (7.0-11.6)	Estreñimiento funcional	20.0 (17.7-22.3)	24.9 (21.4-28.3)	15.1 (12.3-18.0)
-SDPP	5.9 (4.6-7.2)	7.3 (5.2-9.4)	4.5 (2.8-6.1)	Distensión	2.6 (1.7-3.5)	3.2 (1.8-4.6)	2.0 (0.9-3.1)
-SDE	4.2 (3.0-5.3)	5.5 (3.7-7.3)	2.8 (1.5-4.2)	Trastorno funcional intestinal inespecífico	19.9 (17.6-22.2)	22.5 (19.2-25.9)	17.3 (14.3-20.3)
-Mixto	4.4 (3.2-5.6)	6.8 (4.8-8.9)	2.0 (0.9-3.1)	Cualquier trastorno intestinal	45.3 (42.4-48.1)	52.6 (48.6-56.6)	37.9 (34.5-41.8)
Rumiación	2.8 (1.8-3.7)	3.0 (1.6-4.4)	2.5 (1.2-3.7)	Incontinencia fecal	2.3 (1.4-3.1)	2.2 (1.0-3.3)	2.3 (1.1-3.5)
SNVC	2.8 (1.8-3.7)	3.8 (2.3-5.4)	1.7 (0.6-2.7)	Elevador del ano	2.3 (1.4-3.1)	3.2 (1.7-4.6)	1.3 (0.4-2.2)
Vómito cíclico	3.5 (2.5-4.5)	4.2 (2.6-5.8)	2.8 (1.5-6.8)	Proctalga fugaz	11.0 (9.2-12.8)	12.4 (9.7-15.0)	9.7 (7.3-12.0)
Cualquier trastorno gastroduodenal	19.1 (16.9-21.3)	24.4 (20.9-27.9)	13.8 (11.0-16.6)	Cualquier trastorno anorrectal	14.8 (12.7-16.8)	17.2 (14.2-20.2)	12.3 (9.7-14.9)

IC95%, intervalo de confianza del 95%; SDPP, síndrome de malestar posprandial; SDE, síndrome de dolor epigástrico; SNVC, síndrome de náusea o vómito crónicos; SII, síndrome del intestino irritable; SII-C, SII con estreñimiento; SII-D, SII con diarrea; SII-M, SII mixto; SII-U, SII sin subtipificar; FBD, trastorno intestinal funcional.

(55.2 vs. 40.3), hubo una tendencia similar, y los trastornos intestinales fueron los más comunes, impulsados por los intestinales F. no especificados y el estreñimiento F., mientras que el SII se volvió menos común. Además, la dispepsia funcional se volvió más frecuente que el SII. Se necesitan estudios para investigar los factores determinantes de estos hallazgos.

Financiamiento: Este estudio fue patrocinado por *The Rome Foundation* y una beca de investigación de Ferrer Centro América y Caribe S.A.

Lun142

TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD ANORRECTAL. UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE BARÓSTATO RECTAL Y DISTENSIÓN CON BALÓN DURANTE MANOMETRÍA ANORRECTAL

M. P. Lemus-Chavarría, K. R. García-Zermeño, E. C. Morel-Cerda, M. Amieva-Balmori, D. R. Menéndez-Morales, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los trastornos de la sensibilidad rectal, hiposensibilidad rectal (HoR) e hipersensibilidad rectal (HeR), juegan un papel determinante en la fisiopatología de los trastornos anorrectales. Se calcula que hasta dos tercios parte de los pacientes con estreñimiento crónico (EC) pueden tener HoR y hasta una tercera parte de los pacientes con incontinencia fecal (IF) sufre HeR. Si bien se recomienda de forma sistemática (protocolo de Londres) evaluar la sensibilidad rectal durante la realización de la manometría anorrectal (MAR), esta técnica no deja de ser dependiente del operador. El baróstato se considera la norma de referencia para evaluar la distensibilidad y sensibilidad del recto. Sin embargo, estudios en otras poblaciones han demostrado que no tiene una buena correlación con la sensibilidad rectal evaluada por MAR.

Objetivo: Describir la frecuencia de trastornos de la sensibilidad rectal en pacientes con trastornos anorrectales, y comparar y correlacionar los resultados obtenidos entre la sensibilidad rectal evaluada por MAR y baróstato ambulatorio de distensiones rápidas (BADR).

Material y métodos: Se realizó una evaluación prospectiva de pacientes consecutivos que acudieron a la institución de los autores para la realización de MAR por padecer trastornos anorrectales (EC, IF y proctalgia), a los cuales se les realizó BADR. La BADR consiste en una bomba que utiliza un compresor de aire, diseñada para insuflar una bolsa de baróstato (de poliolefina) que está acoplada a un catéter de PVC y colocada por vía rectal. La bolsa se insufla a una tasa predeterminada de 120 ml/min hasta alcanzar una presión rectal de 40 mmHg o 700 ml de volumen. Con un software especial se calculan la capacidad rectal, la distensibilidad rectal y los umbrales sensitivos (con base en la capacidad rectal) para primera sensación (normal, 10%-30%), urgencia (normal, 40%-80%) y máxima tolerancia (normal, 80%-100%). Se compararon los diagnósticos, el cambio de éstos y correlaciones con prueba de kappa (concordancia) con los valores de sensibilidad obtenidos durante la MAR.

Resultados: Se incluyó a un total de 123 pacientes (101 mujeres, edad promedio del grupo de 55.7 ± 15.6 años), de los cuales 65 tuvieron EC (52%), 42 IF (34%), 8 superposición de EC/IF y 8 proctalgia. No hubo diferencia entre los grupos con respecto a la edad o el IMC. De acuerdo con la sensibilidad evaluada por MAR, 10% (n = 12) de los pacientes fue normal, 63% (n = 78) tuvo HoR, 12% (n = 15) HeR y 15% (n = 18) HoR limitrofe o no clasificable (sin diferencia entre enfermedades). De acuerdo con el BADR, 20% (n = 24) de los pacientes fue normal, 74% (n = 91) tuvo HoR, 4% (n = 5) HeR y 3% (n = 2) HoR limitrofe o no clasificable (sin diferencia entre enfermedades). La concordancia entre los dos métodos fue baja (kappa, 0.241; p = 0.00). La correlación entre la

primera sensación, deseos de evacuar y urgencia fueron de $r = 0.044$, $r = 0.164$ y $r = 0.155$ (p > 0.05). Los pacientes con EC tuvieron una mayor capacidad rectal (255 ± 80 ; p = 0.014) y una mayor distensibilidad (9.03 mmHg/mL ; p = 0.04) comparado con los otros pacientes.

Conclusiones: La HoR es el trastorno de la sensibilidad más frecuente (2/3) que se detecta ya sea por MAR o BADR. Sin embargo, la sensibilidad evaluada por BADR permite reclasificar a más pacientes como normales o con HoR y disminuye el diagnóstico de HeR. La escasa correlación entre los dos métodos confirma el hecho de que la sensibilidad por BADR puede ser un método más fino y fisiológico, mientras que la sensibilidad evaluada por MAR está influida por otros factores.

Financiamiento: Ninguno.

Lun143

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES MEXICANOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

H. R. Ordaz-Álvarez, B. A. Priego-Parra, S. A. Reyes-Díaz, K. R. García-Zermeño M. R. Francisco, M. Amieva-Balmori, P. Lemus-Chavarría, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno de la interacción del eje intestino-cerebro caracterizado por dolor abdominal y alteraciones de la defecación que afectan la calidad de vida. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son anomalías psicológicas que se presentan como comportamientos anormales relacionados con la ingestión alimentaria, el peso o la figura, en relación con una alta comorbilidad psiquiátrica. En fecha reciente se ha descrito en otras poblaciones que existe una compleja relación entre TCA y algunos trastornos digestivos, en especial con SII, pero esto se ha descrito poco en la población mexicana.

Objetivo: Comparar la prevalencia de TCA en individuos con SII y en una población control de personas sanas.

Material y métodos: Estudio prospectivo, transversal y analítico en el que se incluyó a individuos con SII y personas sanas mediante encuestas aplicadas en esta institución durante enero a junio de 2022. El diagnóstico de SII se estableció de acuerdo con los criterios de Roma IV. Se consideraron como sujetos sanos si no tuvieron síntomas. Todos los participantes que aceptaron el consentimiento informado contestaron el cuestionario en español para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria (S-EDE-Q) y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD). Las variables numéricas se registraron con estadística descriptiva, mientras que las categóricas como frecuencia y porcentaje. Para la comparación entre grupos se utilizó la prueba t de Student o Wilcoxon para variables numéricas, en tanto que para las categóricas se utilizó ji cuadrada o exacta de Fisher. Las correlaciones se evaluaron con la prueba de Spearman y de acuerdo con el valor de p < 0.05 se realizó una regresión logística. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS V. 24.

Resultados: Se incluyó a 144 sujetos sanos (edad 28.3 ± 12.8 , 58% mujeres) y 74 sujetos con SII (edad 29.45 ± 12.7 , 73% mujeres). Los individuos con SII tuvieron mayor puntaje de S-EDE-Q (2.22 ± 1.57 vs. 1.66 ± 1.36 , p = 0.007), preocupación por comer (1.75 ± 3.52 vs. 1 ± 1.19 , p = 0.015), preocupación por la figura (3.11 ± 1.85 vs. 2.30 ± 1.73 , p = 0.002), preocupación por el peso (2.57 ± 1.74 vs. 1.97 ± 1.60 , p = 0.012), ansiedad (9.50 ± 4.0 vs. 7.79 ± 4.39 , p = 0.006) y depresión (5.96 ± 3.52 vs. 4.65 ± 3.41 , p = 0.008) en comparación con los sanos. La prevalencia de TCA fue mayor en sujetos con SII (16.2% vs. 6.9%, p = 0.03), así como los episodios regulares de atracón objetivos (33% vs. 20%, p = 0.027) y al menos un episodio de vómito autoinducido (10.8% vs. 4.2%, p = 0.058; **Tabla 1**). Aquellos sujetos con SII tuvieron

mayor riesgo de presentar algún TCA (OR, 2.5; IC95%, 1.06-6.32; $p = 0.031$). Se realizó un subanálisis en individuos con SII; aquéllos con TCA y SII tuvieron mayor puntaje de ansiedad (13.4 ± 3.1 vs. 8.7 ± 3.8 , $p < 0.0001$) y depresión (8.0 ± 3.9 vs. 5.5 ± 3.3 , $p = 0.02$). Todos los sujetos con SII y TCA tuvieron ansiedad (100% vs. 59.7%, $p = 0.007$).

Conclusiones: Los pacientes mexicanos con SII tienen dos veces más probabilidad de padecer un TCA que la población general. Estos pacientes tienen mayor ansiedad y depresión. De acuerdo con estos resultados, y al igual que en otras poblaciones, se sugiere evaluar la presencia de TCA en personas con SII.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. ¿Cómo consideraría su salud en general? Comparación entre sujetos sanos y sujetos con síndrome de intestino irritable (SII). (Lun143)

Percepción	Sujetos sanos n=144	SII n=74
Mala	8 (5.6%)	14 (18.9%)
Ni Buena ni mala	38 (26.4%)	34 (45.9%)
Buena	86 (59.7%)	23 (31.1%)
Muy buena	12 (8.3%)	3 (4.1%)