



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 16 de noviembre de 2025

Neurogastroenterología I

Dom020

EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE BEDQ Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN PACIENTES CON Y/O SIN DISFAGIA

D. I. Carmona-Guerrero, C. I. Zubia-Nevárez, M. Herrera-Sato, E. Coss-Adame, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la disfagia coexisten casi siempre. El *Brief esophageal dysphagia questionnaire* (BEDQ) es una herramienta validada para evaluar la disfagia esofágica, mientras que el *Gastroesophageal reflux disease questionnaire* (GERD-Q) se utiliza para identificar síntomas de ERGE, lo que incrementa aún más el riesgo con puntuación ≥ 8 . El desempeño del BEDQ con el tiempo de exposición al ácido no se ha evaluado.

Objetivo: Evaluar la relación entre las puntuaciones del BEDQ y el tiempo de exposición al ácido (TEA) y determinar si la presencia de disfagia medida por el BEDQ podría sugerir una elevada probabilidad de ERGE.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes adultos que acudieron a un centro de tercer nivel para la realización de manometría esofágica y pH-metría por síntomas de ERGE y disfagia, a los cuales se les aplicaron los cuestionarios BEDQ y GERDQ. Una proporción de pacientes presentaba disfagia esofágica mientras que el resto sólo tenía síntomas típicos de reflujo. Se analizó la relación entre ambas puntuaciones y el tiempo de exposición al ácido (TEA). Se determinaron frecuencias y proporciones de acuerdo con pruebas de normalidad y se utilizaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para las variables categóricas.

Resultados: Se obtuvieron cuestionarios de BEDQ en 63 pacientes. La mediana de edad fue de 59,5 (47,00-68,50) años, con mujeres en 47 (74,6%) casos y media del índice de masa corporal (IMC) de 26,5 (24,28-29,43). El diagnóstico manométrico más frecuente fue normal con 38 (60,31%), seguido del de motilidad esofágica inefectiva y contractilidad ausente con 19 (30,15%) y 4 (6,34%), respectivamente. La mediana del TEA fue de 2,5 (0,70-5,22). Las puntuaciones de los cuestionarios de BEDQ y GERDQ obtuvieron una mediana de 6,5 (0-15,75) y 8,5 (5,0-11,75), respectivamente. El BEDQ ≥ 10 se vinculó con un TEA $> 6\%$ y una RM de 4,073 (1,03-17,05), $p = 0,04$. Se encontró una diferencia en el TEA con BEDQ > 10 , con 4,2 (1,97-9,40) vs. 1,35 (0,20-2,75), $p = 0,02$; y un RM de 8,27 (0,87-78,01), $p = 0,053$ (Tabla 1). La puntuación de GERDQ ≥ 8 no se relacionó con un TEA $> 6\%$, RM 2,81

Tabla 1. Características sociodemográficas del cuestionario de BEDQ y su relación con el tiempo de exposición al ácido expresado con razón de momios (RM) en un centro de tercer nivel. (Dom020)

Características	Medición	n (%)	RM (IC)	Valor de p
Edad	Mediana (RIC)	59,5 (47,0-68,5)		
Sexo	Femenino	47 (74,60%)		
	Masculino	16 (25,40%)		
IMC	Media $\pm$ DE	26,92 $\pm$ 4,78		
BEDQ	Mediana (RIC)	6,5 (0-15,75)		
GERDQ		8,5 (5,0-11,75)		
TEA		2,5 (0,70-5,22)		
		Tiempo de exposición al ácido	TEA $\geq 6\%$	
BEDQ ≥ 10		4,2	4,13	0,049
BEDQ < 10			(1,00-17,05)	
GERDQ ≥ 8		(1,97-9,40)		0,189
GERDQ < 8		1,75	2,81	
Disfagia	Mediana (RIC)	(0,35-4,85)	(0,64-12,30)	0,729
		p = 0,027		
		3,4		
		(0,90-6,55)		
		1,8		
		(0,55-5,00)		
		p = 0,680		
		2,95		
		(0,45-5,00)		
		p = 0,694		
BEDQ ≥ 10 + Disfagia		4,2	8,27	p = 0,053
		(1,97-9,40)	(0,87-78,01)	
BEDQ ≥ 10	Sensibilidad		63,6%	
	Especificidad		70,3%	
	VPP		38,9%	
	VPN		86,7%	

*BEDQ, *Brief esophageal dysphagia questionnaire*; RIC, rango intercuartílico; GERDQ, *Gastroesophageal reflux disease questionnaire*; TEA, tiempo de exposición al ácido; SD, sin datos.

(0,64-12,30), $p = 0,189$. Hasta 61 pacientes contaban con estudio de endoscopia, de los cuales sólo 6 (9,8%) tenían una variante de esofagitis erosiva (B, C, D) o esófago de Barrett. El corte de BEDQ ≥ 10 mostró una sensibilidad (Se) de 63,6% y especificidad (Es) de 70,3%, con un valor predictivo positivo (VPP) de 38,9% y predictivo negativo (VPN) de 86,7% para TEA $> 6\%$ (Tabla 1). **Conclusiones:** El cuestionario BEDQ con un punto de corte ≥ 10 se vincula en grado significativo con reflujo patológico (TEA > 6) y posee un porcentaje elevado de valor predictivo negativo con puntuaciones menores a este corte. El BEDQ puede ser una herramienta útil de tamizaje para identificar a los pacientes con ERGE, con o sin disfagia.

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

Dom021

IMPACTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

H. R. Ordaz-Álvarez, N. H. Torres-Meza, B. A. Priego-Parra, J. L. Vargas-Basurto, L. Bolio-Lavalle, M. Herrera-Sato, M. Amieva-Balmori, R. H. Raña-Garibay, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) posee elevada frecuencia de comorbilidades neuropsiquiátricas, especialmente ansiedad, depresión y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), que pueden afectar de forma negativa la calidad de vida; sin embargo, la evidencia actual es escasa y fragmentaria.

Objetivo: Evaluar la prevalencia del TOC en pacientes con SII mediante la aplicación del módulo H de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, así como explorar la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos en esta población mediante el Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R).

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. A través de un formulario presencial y electrónico se evaluaron datos sociodemográficos, gravedad de los síntomas de SII (IBS-SSS), ansiedad y depresión (HADS), catastrofización del dolor (PCS), calidad de vida (IBS-QOL) y TOC (MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y OCI-R). Se realizó un muestreo no aleatorizado por conveniencia en pacientes con SII que acudieron al laboratorio de fisiología digestiva y motilidad del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana y al departamento de gastroenterología del Hospital Español de la Ciudad de México, entre enero de 2024 y mayo de 2025. Los pacientes firmaron un consentimiento informado y respondieron un formulario de 90 preguntas (15 minutos). Si no aceptaban el consentimiento, se suspendía la participación. Los controles asintomáticos se seleccionaron mediante el mismo formulario electrónico difundido por correo y redes sociales; respondieron de forma voluntaria y anónima tras aceptar el consentimiento informado.

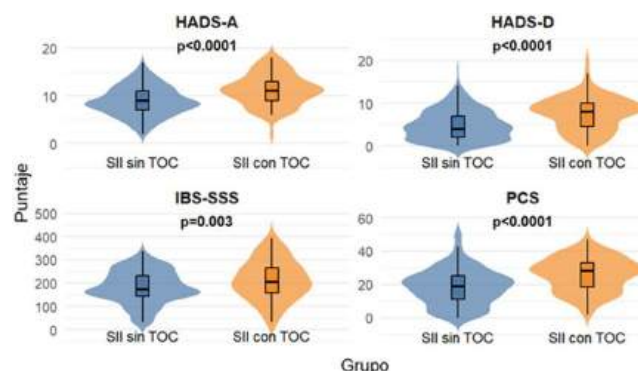
Resultados: Se incluyó a un total de 1 194 participantes, de los cuales 1 062 cumplieron los criterios de inclusión y 132 se eliminaron por tener antecedentes de enfermedades. La mediana de edad fue de 24 años (18-69), 704 (66,3%) fueron individuos asintomáticos y 358 (33,7%) enfermos con SII, con predominio de mujeres (68,2%). Los pacientes con SII tuvieron mayor prevalencia de TOC (24,3% vs. 16,6%, $p = 0,003$; OR 1,61, IC95%, 1,18 - 2,20, $p = 0,002$) y además mostraron puntuaciones más altas en los cuestionarios IBS-SSS (184,9 [143,3-247] vs. 100 [33,3-161,6], $p \leq 0,0001$), ansiedad (9 [7-12] vs. 8 [6-10], $p \leq 0,0001$), depresión (5 [2-8] vs. 4 [1-7], $p \leq 0,0001$), catastrofización del dolor (20 [13-28] vs. 14 [4-23], $p \leq 0,0001$) y gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos (22 [14-34] vs. 18 [11-27], $p \leq 0,0001$), así como menor calidad de vida (64,8 [56,7-71,0] vs. 65,6 [57,9-71,9], $p = 0,018$) en comparación con los sujetos asintomáticos. En un subanálisis se reconoció que los individuos con SII y TOC tuvieron mayores grados de ansiedad (11 [9-13] vs. 9 [7-11], $p \leq 0,0001$), depresión (8 [4-10] vs. 4 [2-7], $p \leq 0,0001$), catastrofización del dolor (28 [18-33] vs. 19 [11-25], $p \leq 0,0001$), IBS-SSS (204,9 [151,6-266,6] vs. 171,6 [143,3-229,9], $p = 0,003$), gravedad de los síntomas obsesivos-compulsivos (34 [21-41] vs. 20 [13-30], $p \leq 0,0001$) y puntuaciones más altas en las subescalas del OCI-R lavado (3 [1-6] vs. 1 [0-3], $p \leq 0,0001$), comprobación (6 [3-9] vs. 3 [2-6], $p \leq 0,0001$), neutralización (4 [1-6] vs. 1 [0-3], $p \leq 0,0001$), obsesión (8 [4-11] vs. 3 [2-6], $p \leq 0,0001$), orden (6 [4-9] vs. 5 [3-7], $p = 0,002$) y acumulación (7 [4-9] vs. 5 [3-7], $p \leq 0,0001$) en comparación con el grupo de pacientes con SII sin TOC (Figura 1).

Conclusiones: El TOC y el SII muestran una relación significativa mediada por

ansiedad, depresión y catastrofización del dolor, lo que subraya la necesidad de integrar la evaluación de comorbilidades neuropsiquiátricas en el abordaje diagnóstico y terapéutico del SII, en particular en pacientes con mayor intensidad de síntomas y poca respuesta al tratamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento ni patrocinio.

Figura 1. Comparación del estrés psicológico y la gravedad de los síntomas en pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) según la presencia de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). (Dom021)



HADS-A, escala de ansiedad y depresión hospitalaria, subescala de ansiedad; HADS-D, escala de ansiedad y depresión hospitalaria, subescala de depresión; IBS-SSS, Irritable bowel syndrome severity scoring system; PCS, Pain catastrophizing scale; SII, síndrome de intestino irritable; TOC, trastorno obsesivo-compulsivo. Distribución de las puntuaciones de ansiedad (HADS-A), depresión (HADS-D), gravedad de los síntomas gastrointestinales (IBS-SSS) y catastrofización del dolor (PCS) en pacientes con SII sin y con TOC. Las gráficas de tipo violín ilustran la dispersión y la densidad de los datos; las cajas negras representan la mediana y el rango intercuartílico. Las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas, según los valores de p indicados. La distribución de los datos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con la prueba de Levene. Para la comparación de variables numéricas entre grupos se utilizó la prueba t de Student o la de Wilcoxon, según correspondiera.

Dom022

CARS SCORE: UNA NOVEDOSA HERRAMIENTA ENDOSCÓPICA PARA PREDECIR ACALASIA EN PACIENTES CON DISFAGIA

C. A. Munguía-Lares, J. I. Carrillo-Rojas, G. Morales-Osorio, F. D. García-García, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La disfagia es el síntoma principal en pacientes con acalasia, un trastorno primario de la motilidad esofágica caracterizado por falta de relajación del esfínter esofágico inferior y alteraciones del peristaltismo, con criterios diagnósticos basados en manometría esofágica de alta resolución (HRM), acorde a la clasificación de Chicago 4.0; sin embargo, es un estudio con limitada accesibilidad en este país. La endoscopia del tracto digestivo superior es el estudio inicial en el abordaje de pacientes con disfagia y es esencial para descartar obstrucción por causas mecánicas y malignidad. En recha reciente se ha propuesto un nuevo sistema de puntuación endoscópica, el CARS score, un instrumento que parece promisorio para predecir acalasia con alta especificidad, la cual evalúa cuatro aspectos: contenido, anatomía, resistencia y estasis, con puntuaciones desde 0 hasta 8 puntos; un valor ≥ 4 puntos establece alta probabilidad de presentar acalasia en la HRM. Esta puntuación puede facilitar la identificación temprana, especialmente cuando no se dispone de HRM, aunque no se encuentra validada en la población mexicana.

Objetivo: Validar la herramienta CARS para la predicción de acalasia en pacientes mexicanos estudiados por disfagia esofágica.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con disfagia esofágica que contaran con estudio de endoscopia y HRM. A todos ellos se aplicó el CARS score y se consideró la HRM como el estándar de oro. La concordancia entre ambas pruebas se evaluó con un análisis kappa; se calculó el área bajo la curva (AUROC) y se obtuvieron la sensibilidad, la especificidad y los

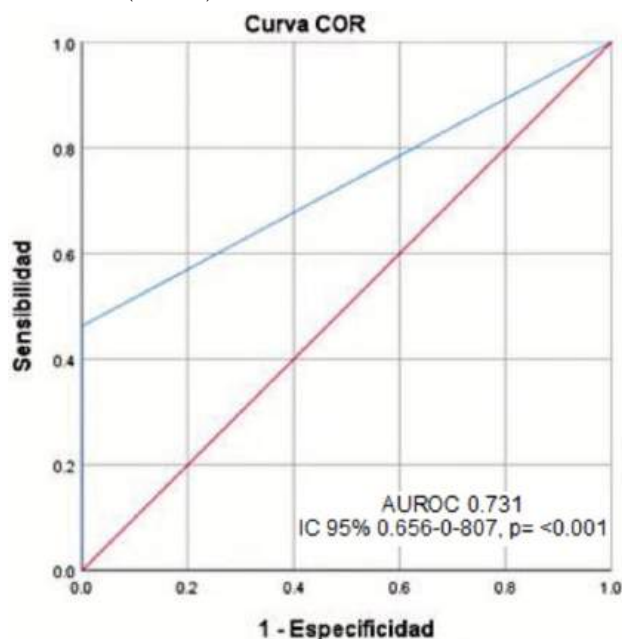
valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) para el punto de corte. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v25 y se consideró un valor de p significativo $< 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 251 pacientes, 84 (34%) hombres y 167 (66%) mujeres, con una edad de $55,2 \pm 14,3$ años. El 16% tenía esofagitis, proporción de la cual 9% correspondió al grado A, 5% al grado B, 1% al grado C y 1% al grado D. Mediante endoscopia se identificó hernia hiatal en 23% y por este dato sólo se corroboró en 10% mediante HRM. La prevalencia de acalasia fue de 32% y se determinó alta probabilidad mediante CARS en 15% ($\kappa = 0,540$, $p \leq 0,001$). El AUROC de CARS fue de 0,731 (IC95% 0,656-0,807, $p \leq 0,001$), con sensibilidad de 46%, especificidad de 100%, VPP de 100% y VPN de 80% (Figura 1).

Conclusiones: Si bien con baja sensibilidad, el CARS score es una herramienta endoscópica altamente específica en la población mexicana para predecir acalasia y los hallazgos de esta puntuación mejoran la capacidad diagnóstica endoscópica y podrían ser cruciales para la identificación temprana de la acalasia, por lo que puede utilizarse como una herramienta que permita orientar las estrategias diagnósticas y así instituir un tratamiento oportuno, sobre todo en entornos en donde la accesibilidad a la HRM es limitada.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Predicción de acalasia en pacientes con disfagia esofágica mediante CARS score. (Dom022)



Dom023

DISFAGIA OROFARÍNGEA Y SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LA POBLACIÓN MEXICANA DE ADULTOS MAYORES

M. R. Zavala-Solares, J. L. Ríos-Reyna, A. Serralde-Zúñiga, M. G. Rojas-Loureiro, L. E. González-Salazar, A. D. Flores-Loredo, E. M. Ramírez-Rangel, Hospital Ángeles Mocel Querétaro

Introducción: La disfagia orofaríngea (DO) es una alteración de la deglución con alta prevalencia en los adultos mayores. Esta alteración puede provocar complicaciones graves, como desnutrición, deshidratación y neumonía por aspiración, lo que afecta significativamente la calidad de vida.

Objetivo: Caracterizar al grupo de pacientes mayor de 70 años referida a realizar una VFS con prueba de volumen-viscosidad con fines diagnósticos y terapéuticos.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo con 233 pacientes referidos para videofluoroscopia de la deglución (VFS) con prueba de volumen-viscosidad entre 2015 y 2025. Se dividieron en dos grupos etarios: < 70 años ($n = 150$) y ≥ 70 años ($n = 83$). Se evaluaron variables clínicas, antropométricas y hallazgos radiológicos.

Resultados: Los pacientes mayores de 70 años revelaron mayor frecuencia de alteraciones en la eficacia y seguridad de la deglución, con mayor riesgo de complicaciones por disminución de la propulsión lingual ($p = 0,001$), fragmentación del bolo ($p = 0,001$), residuo oral ($p = 0,001$) y aspiraciones ($p = 0,007$), penetraciones ($p = 0,0001$) y barra del cricofaríngeo ($p = 0,0001$). Registraron mayor riesgo de neumonía por aspiración (22% vs. 9%) los mayores de 70 años y necesidad de nutrición enteral y rehabilitación deglutoria. En contraste, los menores de 70 años mostraron mayor prevalencia de disfagia funcional (47% vs. 4%, $p = 0,0001$).

Conclusiones: Los pacientes ≥ 70 años sufren alteraciones significativas en la eficacia y seguridad de la deglución, con mayor riesgo de complicaciones como desnutrición y neumonía por aspiración. La VFS con prueba de volumen-viscosidad es una herramienta diagnóstica y terapéutica clave, especialmente en adultos mayores. Se recomienda su uso sistemático y estudios prospectivos en la población mexicana.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento para la elaboración de este estudio.

Dom024

NEUROFENOTIPO DE LAS CÉLULAS GANGLIONARES DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR SEGÚN EL SUB-TIPO DE ACALASIA

G. Torres-Villalobos, D. Aguilar-León, C. A. Morales-Herrera, E. Coss-Adame, M. A. Valdovinos-Díaz, L. R. Valdovinos-García, J. Furuzawa-Carballeda, Grupo Colaborativo: Estudio de la Acalasia, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica que se caracteriza por la pérdida de neuronas en el plexo mientérico debido a la destrucción inflamatoria. Si bien algunos estudios han intentado describir los hallazgos histológicos, éstos son muy limitados.

Objetivo: Caracterizar el número y tipo de células ganglionares en el músculo del esfínter esofágico inferior (mLES) de pacientes con acalasia según la producción de los neurotransmisores VIP+, VIP+/nNOS+, nNOS+, ChAT+ y ChAT+/nNOS+.

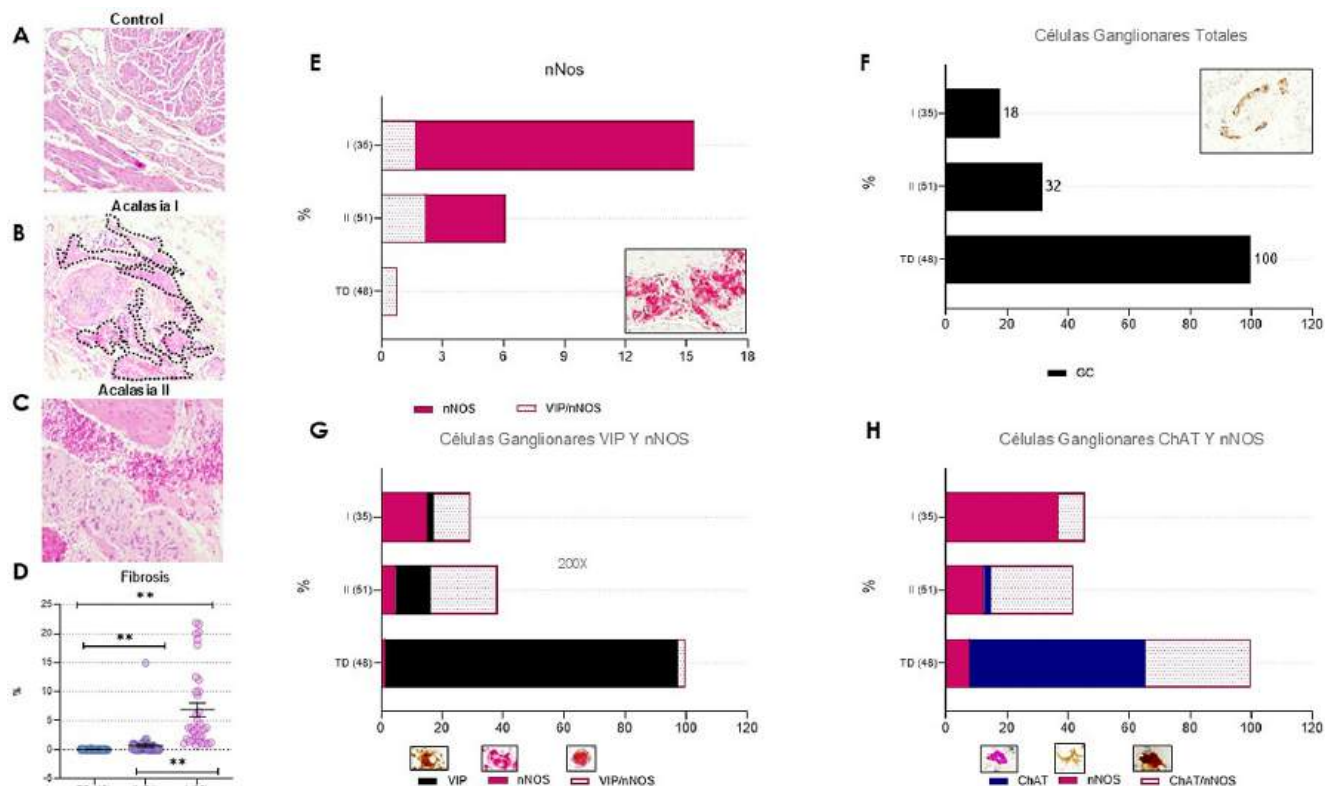
Material y métodos: Dos patólogos certificados, cegados a los datos clínicos de los pacientes, analizaron biopsias del mLES de 86 pacientes con acalasia (tipo II = 51 y tipo I = 35) y como controles las de 48 donantes de trasplante (DT). Se evaluaron las características histológicas, como la inflamación y la fibrosis, mediante tinción con hematoxilina y eosina (H-E) en un campo de gran aumento (HPF). Las células ganglionares se identificaron por la expresión de VIP, VIP/nNOS, nNOS, ChAT y ChAT/nNOS mediante inmunohistoquímica. El análisis morfológico y la cuantificación celular se realizaron en 5 a 10 fotografías ($\times 40$). El análisis estadístico fue descriptivo y la comparación entre grupos se llevó a cabo mediante ANOVA y un análisis *post hoc* de Holm-Sidak.

Resultados: Los pacientes con acalasia tenían una edad de 47 ± 16 años, con un tiempo de evolución de la acalasia tipo I de 31 ± 47 y para la tipo II de 21 ± 19 meses.

Los tejidos de DT mostraron una distribución normal de las fibras de colágeno, sin fibrosis (Figura 1A, D). El tejido de acalasia tipo I tenía un incremento significativo del depósito de haces densos de fibras de colágeno (Figura 1B, D) respecto de la acalasia tipo II (Figura 1C, D). El área del tejido con células ganglionares, nNOS+, fue mayor en la acalasia tipo I (14% del área) contra la del tipo II (4%) y los tejidos de DT (área rosa, Figura 1E). El número total de células ganglionares disminuyó de forma significativa en un 82% en la acalasia tipo I respecto de un 68% en la tipo II en comparación con el número de células presentes en el tejido de DT (Figura 1F). Del 18% (tipo I) y 32% (tipo II) de células ganglionares que persistieron en los tejidos de acalasia, la mayoría de ellas modificó su producción de neurotransmisores en los siguientes patrones: en la acalasia tipo II aumentó el número de células VIP+/nNOS+ y, en menor medida, las células nNOS+ a expensas de una disminución de las células VIP+ y las células ChAT+. En la acalasia tipo I se elevó el número de células nNOS+ y, en menor medida, el de las células VIP+/nNOS+ a expensas de la disminución de las células VIP+ (Figura 1G), de las células ChAT+/nNOS+ y de la desaparición de las células ChAT+ (Figura 1H).

Conclusiones: El número total de células ganglionares en el mLES de pacientes con acalasia fue significativamente menor que en el mLES de los DT. Las células ganglionares disminuyeron de manera notable en la acalasia de tipo I en comparación con la de tipo II.

Figura 1. La fibrosis en pacientes con acalasia es significativamente mayor en comparación con (A) el tejido de donadores de trasplante (control; $**p < 0,001$). (B) La acalasia tipo I muestra un mayor grado de fibrosis (área dentro de la línea punteada) que en aquellos con (C) acalasia tipo II ($*p < 0,001$). (D) Los resultados se expresan como la media $\pm$ intervalo de confianza del 95%. $*p < 0,05$ y $**p < 0,001$. (E) La expresión de nNOS (barra rosa) es mayor en pacientes con acalasia tipo I ($n = 35$) que en pacientes con acalasia tipo II ($n = 51$) y es inversamente proporcional (F) al número de células ganglionares en estos pacientes. (G) Las células VIP+ (barra negra) disminuyen en los tejidos de pacientes con acalasia tipo II, mientras que prácticamente desaparecen en los individuos con acalasia tipo I en comparación con los donadores de trasplante. (H) Se observa un perfil similar en las células que expresan ChAT (barra azul). (Dom024)



Las proporciones de células ganglionares ChAT+/nNOS+, VIP+/nNOS+ y nNOS+ aumentaron a expensas de la disminución o desaparición de las células ChAT+ y VIP+. El incremento exacerbado de nNOS en la acalasia de tipo I en comparación con la de tipo II sugiere que el NO aumenta y que, lejos de participar en la relajación de las células musculares lisas, promueve el estrés

oxidativo, lo que incrementa la hiperexcitabilidad y la muerte neuronal, de tal modo que se perpetúa así el proceso inflamatorio y se destruyen el plexo mientérico y el tejido muscular circundante, lo que da lugar a la reparación fibrosa característica de los tejidos de la acalasia de tipo I.

Financiamiento: Fondo departamental.