



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 17 de noviembre de 2025

Trastornos funcionales digestivos

Lun260

EXPERIENCIA PRELIMINAR CON LA MANIOBRA STRAIGHT LEG RAISE (SLR) DURANTE LA MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DE RECURRENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES POSFUNDUPLICADOS

G. F. Pérez-Roa, Y. M. Escandón-Espinoza, K. D. López-García, A. Ávila-Franco, A. Osorio-Euan, J. C. Balderas-Ortega, R. Alvarado-Hernández, M. Reyes-Morales, F. Bartolo-Colón, Hospital Regional Tipo B de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia, ISSSTE Tultitlán

Introducción: La manometría esofágica de alta resolución (MAR) ha adquirido un papel importante en el estudio de la enfermedad por reflujo (ERGE); sin embargo, su función en pacientes con síntomas de ERGE después de la cirugía antirreflujo aún es controversial. Recientemente se ha introducido una nueva maniobra durante la MAR denominada *straight leg raise* (SLR) que podría ser de utilidad para evaluar la función de la barrera de la unión esofagagástrica (UEG) en pacientes posfunduplicados. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la SLR y su correlación con el tiempo de exposición ácida en un grupo de pacientes con síntomas recurrentes de ERGE con funduplicatura de Nissen.

Material y métodos: Se trata de un estudio unicéntrico, prospectivo y transversal. Se incluyó a pacientes adultos con antecedente de funduplicatura de Nissen con síntomas persistentes de ERGE enviados al área de endoscopia gastrointestinal para la realización de panendoscopia, MAR y estudios de pH-metría e impedancia de 24 horas sin tratamiento antiácido, durante el periodo de enero a julio de 2025. La MAR se realizó mediante el protocolo de Chicago v4.0 (Equipo Medtronic). Al término del protocolo en supino se efectuó SLR, con ambas piernas del paciente elevadas a 45° por cinco segundos. La maniobra se consideró efectiva cuando la presión intrabdominal (PIA) se elevó un 50%. Se registró la PIE 5 cm sobre el esfínter esofágico inferior en condiciones basales y durante la maniobra, y se evaluó la variación de la presión intraesofágica. Se recopilaron datos demográficos, IMC, calificación de síntomas validados GERD-Q, GERD-HRQOL, y cuestionario de Carlsson-Dent. Se excluyó a los

pacientes que no toleraron la colocación de sonda o esofagitis de alto grado (grados B, C y D).

Resultados: Se incluyó a 20 pacientes posfunduplicados con síntomas de reflujo persistente. La prevalencia de maniobra SLR positiva fue del 35% (n = 7). La exposición ácida elevada (> 6%) se observó en 30% (6/20) de los casos. La presencia de SLR positiva se relacionó significativamente con exposición ácida elevada (OR 4,5; IC95%, 1,5-14,1; p = 0,007), lo que indicó que la maniobra SLR tiene utilidad para identificar a pacientes con probable falla del mecanismo antirreflujo posquirúrgico. Los pacientes con SLR positiva tuvieron peores puntuaciones sintomáticas mediante el cuestionario GERD-Q (mediana 12 vs. 9; p = 0,03) y HRQOL (mediana 18 vs. 12; p = 0,01) comparados con SLR negativa (Tabla 1). No se encontraron diferencias significativas en los parámetros manométricos convencionales (presión basal de la UEG, IRP); sin embargo, la calificación de Milán fue más alta en pacientes SLR positivos (mediana 188 vs. 152; p = 0,04), lo que refuerza el valor de la maniobra como complemento diagnóstico en esta población. La relación de un SLR positivo tuvo un AUROC con una exposición al ácido positiva de 0,86, con una sensibilidad de 78%, especificidad de 81%, valor predictivo positivo (VPP) de 83% y valor predictivo negativo (VPN) de 75%.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes posfunduplicados con síntomas persistentes de reflujo, la maniobra *straight leg raise* (SLR) demostró una relación significativa con exposición ácida elevada e identifica a un subgrupo con mayor carga sintomática. Estos hallazgos sugieren que el SLR es una herramienta útil y sencilla durante la manometría de alta resolución para identificar a pacientes con probable falla del mecanismo antirreflujo, incluso cuando los parámetros manométricos convencionales son normales. La implementación de SLR podría mejorar la estratificación diagnóstica en pacientes posquirúrgicos y orientar las decisiones terapéuticas.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Relación de las calificaciones de síntomas y de Milán en ERGE con una SLR positiva. (Lun260)

Variable	Mediana SLR positiva	Mediana SLR negativa	Valor de p
GERD-Q	12	9	0,03
GERD-HRQOL	18	12	0,01
Calificación de Milán	188	152	0,04

Lun261

PREVALENCIA DE DISINERGIA DEFECATORIA Y FACTORES CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

J. V. Andoney-Mayén, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, M. L. Sánchez-Díaz, H. M. Herrera-Martínez, Hospital Español

Introducción: La disinergia defecatoria se define como la falta de coordinación entre la contracción del recto y la relajación del esfínter anal durante el esfuerzo defecatorio, y produce tránsito retardado y síntomas de estreñimiento crónico. Su diagnóstico se establece mediante manometría anorrectal de alta resolución (HRAM) y prueba de expulsión de balón, según los criterios de Roma IV.

En pacientes referidos a centros de motilidad con estreñimiento crónico, la prevalencia de disinergia varía alrededor del 22%, mientras que los estudios poblacionales publican intervalos de 27% a 59% en subgrupos de individuos estreñidos. Se ha observado que la edad avanzada y el sexo masculino incrementan la probabilidad de presentar disinergia (< 60 años vs. ≥ 60 años; hombres vs. mujeres: OR = 2,3) y que la distribución de los subtipos (I-IV) difiere de acuerdo con el género (tipo I más frecuente en varones, $p < 0,001$). Sin embargo, el papel de otras variables como el índice de masa corporal (IMC), las comorbilidades (diabetes, hipertensión), los hábitos de vida y los antecedentes de cirugía anal no está completamente definido en poblaciones mexicanas.

Objetivo: Calcular la prevalencia global de disinergia defecatoria con base en el protocolo de Londres (tipos I-IV) e identificar factores relacionados (edad, sexo, IMC, diabetes, HTA, consumo de fibra, actividad física).

Material y métodos: Estudio transversal en 70 pacientes con manometría anorrectal de alta resolución completa. Variables categóricas comparadas con χ^2 , continuas con t de Student o U de Mann-Whitney. Regresión logística para factores independientes (ORaj e IC95%).

Resultados: Se observó disinergia defecatoria en 15/70 (21,4%). La edad media fue mayor en el grupo de disinergia ($60,4 \pm 12,1$ vs. $52,0 \pm 13,9$ años; $p = 0,035$), y se identificó relación significativa con diabetes (40% vs. 10,9%; $p = 0,003$) e hipertensión (46,7% vs. 14,5%; $p = 0,002$). En la regresión logística, la edad (ORaj 1,04; $p = 0,042$), la diabetes (ORaj 3,91; $p = 0,036$) y la hipertensión (ORaj 4,25; $p = 0,019$) se mantuvieron independientes (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados. (Lun261)

Predictor	ORaj	IC95 %	Valor p
Edad (años)	1,04	1,00-1,08	0,042*
Sexo (M vs. F)	2,15	0,71-6,52	0,17
IMC	1,08	0,98-1,20	0,12
Diabetes	3,91	1,09-14,0	0,036*
Hipertensión	4,25	1,27-14,2	0,019*

* $p < 0,05$

Conclusiones: La disinergia defecatoria posee una prevalencia ~21% en esta cohorte y se vincula con mayor edad, diabetes e hipertensión, lo que sugiere priorizar la evaluación manométrica en estos subgrupos.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun262

CORRELACIÓN ENTRE PARÁMETROS MANOMÉTRICOS ANORRECTALES Y UMBRALES SENSORIALES EN POBLACIÓN CON TRASTORNOS ANORRECTALES DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

J. V. Andoney-Mayén, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, M. L. Sánchez-Díaz, H. M. Herrera-Martínez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La defecación normal requiere no sólo una función adecuada del esfínter anal, medida por presiones en reposo y de contracción voluntaria, sino también una percepción sensorial rectal precisa, evaluada mediante tres umbrales: primera sensación, deseo defecatorio y máximo volumen tolerable. La disfunción sensorial, conocida como hiposensibilidad rectal, afecta aproximadamente al 25% de los pacientes con estreñimiento crónico y se vincula con mayor gravedad de los síntomas y peor respuesta a biorretroalimentación. La manometría anorrectal de alta resolución (HRAM) es la técnica de referencia para evaluar presiones y coordinación rectoanal, incluida la medición de la sensación rectal mediante balón volumétrico. Sin embargo, la evidencia sobre la correlación cuantitativa entre parámetros de presión y umbrales sensoriales en población de estreñimiento funcional es escasa y heterogénea. Los umbrales sensoriales (primera sensación, urgencia, capacidad máxima) podrían correlacionarse con las presiones en reposo y contracción voluntaria, y proporcionar indicios de la fisiopatología del estreñimiento funcional.

Objetivo: Evaluar la correlación entre presión en reposo, presión de contracción voluntaria y porcentaje de relajación anal y los umbrales de primera sensación, urgencia defecatoria y capacidad rectal máxima.

Material y métodos: Estudio transversal en 61 pacientes con datos completos. Se usaron las pruebas de Shapiro-Wilk y correlación de Pearson (normal) o Spearman (no normal). Subanálisis por presencia de disinergia.

Resultados: La presión de contracción voluntaria se correlaciona sólidamente con urgencia ($r = 0,493$; $p = 0,0002$) y capacidad máxima ($r = 0,601$; $p < 0,001$). El porcentaje de relajación anal muestra una correlación negativa moderada con capacidad máxima ($r = -0,283$; $p = 0,038$), lo que sugiere que una menor relajación se relaciona con una mayor distensión tolerada (Tabla 1).

Conclusiones: Los hallazgos sugieren que una mayor fuerza contráctil anorrectal se acompaña de umbrales sensoriales superiores, mientras que una menor relajación se vincula con mayor distensión tolerada, lo que apunta hacia objetivos de biorretroalimentación dirigidos a mejorar la presión-relajación.

Financiamiento: Ninguno.

Lun263

EFICACIA CLÍNICA DE UNA COMBINACIÓN DE SENNA TINNEVELLY/RUIBARBO/CARBÓN VEGETAL EN PACIENTES MEXICANOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SUBTIPO ESTREÑIMIENTO

E. C. Morel-Cerda, P. J. Soto-Agustín, J. M. Aldana-Ledesma, D. K. Tapia-Calderón, E. S. García-Jiménez, D. Lagos-Prieto, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Tabla 1. Resultados. (Lun262)

	Reposo	Contracción	% Relajación	1° Sensación	Urgencia	Capacidad
Reposo	1,000	0,516	0,090	-0,167	0,182	0,211
Contracción	0,516	1,000	-0,101	0,139	0,493*	0,601*
% Relajación	0,090	-0,101	1,000	-0,250	-0,147	-0,283*
1° Sensación	-0,167	0,139	-0,250	1,000	0,445	0,264
Urgencia	0,182	0,493*	-0,147	0,445	1,000	0,787
Capacidad máxima rectal	0,211	0,601*	-0,283*	0,264	0,787	1,000

* $p < 0,05$

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno del eje intestino-cerebro caracterizado por dolor abdominal crónico y alteraciones del hábito intestinal. Según Roma IV, el subtipo estreñimiento (SII-E) requiere ≥ 2 de los siguientes ($> 25\%$): < 3 evacuaciones/semana, pujo excesivo, heces Bristol 1-2, sensación de evacuación incompleta u obstrucción y uso de maniobras digitales. El tratamiento debe dirigirse al síntoma predominante o a los mecanismos fisiopatológicos. El senna, un laxante estimulante, ha demostrado eficacia en el estreñimiento crónico, pero su efecto en SII-E no está claramente establecido.

Objetivo: Evaluar la eficacia clínica de la combinación senna Tinnevelly/ruibarbo/carbón vegetal en pacientes con SII-E.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo (mayo-julio de 2025), en pacientes con SII-E según Roma IV en consulta de gastroenterología, que aceptaron participar y firmaron consentimiento informado. Se completó diario de síntomas basal por dos semanas y se recolectaron datos en Google Form: sociodemográficos, comorbilidades y cuestionarios IBS-SSS, IBS-QoL y HAD. Se administró la combinación durante cuatro semanas: 1 tableta cada 12 h, con ajuste a 2 tableta cada 12 h si era necesario tras dos semanas. No debían tomar otros medicamentos para SII como antiespasmódicos durante el estudio. Se definió eficacia como $\geq 30\%$ de disminución del dolor abdominal semanal o ≥ 1 evacuación espontánea completa adicional respecto de la basal. Se utilizó IBM® SPSS Statistics. Variables numéricas: media y desviación estándar; categóricas: frecuencias y porcentajes. Distribución: prueba de Shapiro-Wilk. Comparaciones: t para muestras relacionadas y $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 15 individuos (93% de mujeres), con mediana de edad de 32 años (RIC 26-51), IMC de $23,8 \pm 3,24$, 53% con síntomas < 5 años de evolución, 46% bajo tratamiento para SII, y 6,7% con ansiedad/depresión. Gravedad inicial por IBS-SSS: leve en 6,7%, moderada en 60%, intensa en 33,3%. El 100% refirió distensión abdominal. La **Tabla 1** muestra los cambios en puntuaciones de gravedad, calidad de vida, dolor abdominal, número de evacuaciones y escala de Bristol. El 93% presentó mejoría en dolor y 100% en frecuencia evacuatoria. El 26% señaló efectos adversos, los más frecuentes de los cuales fueron diarrea y distensión abdominal. Según las preguntas PRO, 53% consideró su dolor y estreñimiento “moderadamente mejor, y el 60% moderadamente mejor su SII en los últimos siete días.

Conclusiones: En esta población, la combinación de senna Tinnevelly/ruibarbo/carbón vegetal demostró eficacia clínica y mejoría de síntomas globales en pacientes con SII-E.

Financiamiento: Apoyo de Megalabs para asegurar el tratamiento completo de los pacientes.

Tabla 1. Éxitos técnico y clínico por tipo de técnica. (Lun263)		
Técnica usada	Frecuencia relativa éxito técnico (proporción)	Frecuencia relativa éxito clínico (proporción)
FCSEMS solo	76,5% (13/17)	64,7% (11/17)
FCSEMS + TTSC	100% (5/5)	40% (2/5)
FCSEMS + OTSC	50% (1/2)	100% (2/2)
OTSC solo	100% (1/1)	100% (1/1)
OTSC + TTSC	100% (1/1)	100% (1/1)
TTSC solo	0% (0/1)	100% (1/1)
EndoVac	0% (0/3)	100% (3/3)
Tapón biodegradable y adhesivo tisular	0% (0/1)	100% (1/1)
Frecuencia relativa global (total)	67,74 $\pm$ 8,37% (21/31)	74,19 $\pm$ 8,37% (23/31)

Lun264

UTILIDAD DE ESCALAS CLÍNICAS PARA PREDECIR LESIONES PREMALIGNAS E INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES CON DISPEPSIA

E. J. Medina-Ávalos, S. Teutli-Carrión, M. I. Torres-Ruiz, H. R. Ordaz-Álvarez, J. C. Silis-Cravioto, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La dispepsia constituye uno de los principales motivos de consulta en gastroenterología, con una prevalencia global calculada hasta de 30%. Si bien la mayoría de los casos es funcional, un porcentaje significativo puede relacionarse con infección por *Helicobacter pylori* (HP) o lesiones premalignas gástricas. Diversas escalas clínicas, como el *Glasgow dyspepsia severity score* (GDSS) y el *Short-form nepean dyspepsia index* (SF-NDI), se han propuesto como herramientas de apoyo para estratificar el riesgo, aunque su utilidad en la predicción de hallazgos histológicos aún requiere mayor validación en esta población

Objetivo: Evaluar si las escalas de gravedad GDSS y SF-NDI correlacionan la presencia de lesiones premalignas o HP en biopsias endoscópicas.

Material y métodos: Estudio prospectivo y observacional. Se incluyó a adultos mayores de 18 años con dispepsia de acuerdo con Roma IV. Se les aplicaron cuestionarios antes de realizar la endoscopia y luego de la toma de biopsias de acuerdo con el protocolo de Sidney. Se calcularon medidas de tendencia central, estadística descriptiva y correlación de Spearman con p significativa $< 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 103 pacientes, mujeres en 63%. La edad media fue de 57 años ($DE \pm 13,3$ años) (**Tabla 1**). La frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* fue del 56% (58 pacientes). Respecto de las lesiones premalignas, se identificaron gastritis crónica en 87 pacientes (84%), metaplasia intestinal en 20 pacientes (19%) y atrofia gástrica en 10 pacientes (10%). No se identificaron casos de displasia en la muestra. En cuanto a las puntuaciones de las escalas, la media fue de 10 puntos para la escala de Glasgow y de 24 para el SF-NDI. La escala SF-NDI no mostró una correlación con lesiones premalignas o HP. GDSS reveló una correlación negativa con la edad ($r = -0,194$, $p = 0,049$) y con la presencia de metaplasia ($r = -0,241$, $p = 0,015$).

Conclusiones: Las escalas clínicas SF-NDI y Glasgow no se correlacionan de forma significativa ni distinguen eficazmente la presencia de lesiones gástricas premalignas o HP. Su uso debe limitarse a la evaluación sintomática subjetiva, sin atribuirles valor diagnóstico o predictivo para cambios histológicos. Los pacientes jóvenes refieren dispepsia más grave, mientras que aquéllos con metaplasia pueden tener síntomas menos intensos, lo que podría retrasar su diagnóstico. La endoscopia y biopsia son aún necesarias para la detección precisa de estas alteraciones.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Características demográficas e histológicas. (Lun264)	
Edad media, años	57 $\pm$ 13,3 años
Sexo, n (%)	
Masculino	38 (37%)
Femenino	65 (63%)
Escalas, media	
Gravedad de dispepsia de Glasgow	10 pts
Índice de Nepean para dispepsia acertado	24 pts
Gastritis crónica, n (%)	
Sí	87 (84)
No	16 (16)
Atrofia gástrica, n (%)	
Sí	10 (10)
No	90 (90)
Metaplasia gástrica, n (%)	
Sí	20 (19)
No	83 (81)
Infección por <i>Helicobacter pylori</i> , n (%)	
Sí	58 (56)
No	45 (64)

Lun265

IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

V. Hernández-Garza, K. M. Bastida-Guadarrama, Y. M. Velasco-Santiago, M. Vaca-García, D. B. Lorenzo-Valle, C. S. Tinitana-Jumbo, S. Camacho-Hernández, A. G. González-Rodríguez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno del eje intestino-cerebro que afecta a 10 a 12% de la población y genera disminución de la productividad, aumento de los costos sanitarios y reducción de la calidad de vida. Los individuos infectados por *Helicobacter pylori* (HP) tienen un riesgo 1,68 veces mayor de padecer SII y se ha demostrado que la erradicación exitosa del HP mejora sus síntomas clínicos. Ambas enfermedades disminuyen la percepción subjetiva del bienestar por separado, pero no se ha evaluado su efecto simultáneo.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes con infección por HP (con y sin SII) y compararla con controles sanos.

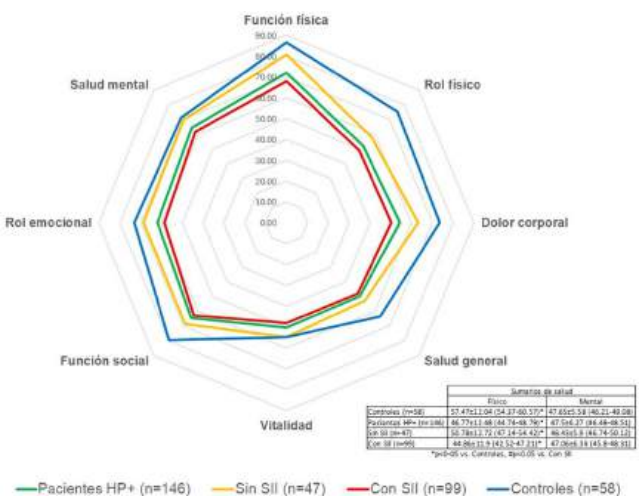
Material y métodos: Es un estudio observacional y prospectivo conducido entre mayo del 2024 y mayo del 2025. Se estudió a 146 pacientes con infección por HP (51,52 ± 11,73 [49,62-53,42], 75,34% de mujeres) diagnosticados por biopsia endoscópica y se aplicaron los criterios de Roma IV para SII. Se evaluó la calidad de vida a través del cuestionario SF-36 y se comparó con 58 controles sanos (37 ± 17,64 [32,46-41,54], 82,76% mujeres). Los datos expresan la media ± DE e IC95% o porcentajes, mientras que las diferencias estadísticas se evalúan con la prueba t de Student no pareada o la prueba ji cuadrada, según correspondiera (alfa = 0,05).

Resultados: Los pacientes infectados por HP fueron mayores que los controles sanos (p < 0,05), pero no hubo diferencia de edad entre los pacientes con SII (51,12 ± 11,53 años, 79,80% de mujeres) y sin SII (52,36 ± 12,09 años, 65,96% de mujeres), mientras que el sexo fue también similar entre los grupos (p > 0,05). Los subtipos de SII predominantes fueron: estreñimiento (45,45%), diarrea (39,39%), indeterminado (8,08%) y mixto (7,07%). No se detectaron diferencias en los síntomas indicativos de dispepsia entre los grupos con SII y sin SII (86,87% vs. 70,21%, respectivamente; p = 0,05). La prevalencia de diabetes (18,18% vs. 17,02%, respectivamente; p = 0,86) e hipertensión (21,28% vs. 24,24%, respectivamente; p = 0,69), ambas controladas en el momento de la endoscopia, no mostraron diferencias entre los pacientes con SII y sin SII. Comparados con los controles, se halló que los pacientes infectados con HP (con SII y sin SII) tenían puntuaciones reducidas en casi todos los dominios, excepto en vitalidad y rol emocional, además de que los pacientes con SII tenían puntuaciones aún más bajas en siete de los ocho dominios, tal y como se muestra en la **Figura 1**. Los pacientes con SII tenían puntuaciones más bajas en función física, rol físico, dolor corporal y salud mental que los pacientes sin SII. El componente físico mostró diferencias respecto de los controles y entre el grupo por SII, mientras que el componente mental no mostró diferencias entre grupos.

Conclusiones: Estos resultados muestran que la coinfección de HP y SII deteriora significativamente la calidad de vida, más que tener sólo HP. La presencia de SII es el principal determinante del deterioro, sobre todo en vitalidad, función social, rol físico y emocional. La posible relación entre el estado de inflamación crónica y los mecanismos cerebrales centrales tiene importantes implicaciones para el abordaje diagnóstico y terapéutico de estos pacientes. Estos resultados subrayan la necesidad de ofrecer una atención integral a los pacientes con infección por HP, en particular si presentan SII.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Figura 1. Calidad de vida (SF-36) en pacientes con infección por HP en comparación con la presencia o ausencia de SII. (Lun265)



Lun266

HIPERVIGILANCIA Y ANSIEDAD VISCERAL EN PACIENTES CON DISFAGIA Y TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS REFERIDOS A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. Triana-Romero, A. J. Berzunza-Casanova, R. M. Ruiz-Ravelo, M. A. González-Martínez, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La disfagia es el síntoma cardinal de los trastornos motores esofágicos, además de ser un dato de alarma en pacientes estudiados por enfermedad por reflujo gastroesofágico. La hipersensibilidad visceral es una respuesta incrementada a estímulos esofágicos normales o mínimos, mientras que la hipervigilancia implica una atención excesiva y ansiosa a las sensaciones esofágicas. Ambos fenómenos pueden incrementar la percepción de síntomas esofágicos, independientemente de la gravedad de la alteración motora subyacente. Taft *et al.* desarrollaron la Escala de hipervigilancia y ansiedad esofágica (EHAS), primer cuestionario para evaluar ambos componentes, que ya se validó en español y en la población mexicana.

Objetivo: Comparar el grado de hipervigilancia y ansiedad visceral percibido en pacientes evaluados por disfagia con trastornos motilidad esofágica en comparación de aquellos que no lo tienen.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y analítico; se obtuvieron datos clínicos y endoscópicos, y se aplicaron los cuestionarios de enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERDQ), el cuestionario breve de disfagia esofágica (BEDQ) y la EHAS en todos los pacientes con disfagia sometidos a manometría esofágica de alta resolución. Los diagnósticos de trastornos motores se establecieron conforme al consenso de Chicago versión 4.0. Se utilizó SPSS versión 25 para el análisis estadístico de los datos, y se empleó estadística descriptiva con porcentajes, medias y medianas, y para las diferencias entre los dos grupos de pacientes se calculó ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Del 01/06/2024 al 27/12/2024 se estudió a 90 pacientes, de los cuales se excluyó a 11. De los 75 pacientes evaluados, el 74,7% (n = 56) correspondió a mujeres, con edad promedio de 55 ± 14,4 años, y se hallaron comorbilidades en 61,3% (n = 46%), con algún trastorno psiquiátrico en 16,7% de los casos. La mayoría de los pacientes (53,3%, n = 40) se remitió por síntomas de reflujo gastroesofágico y disfagia y el resto por disfagia sola. Este síntoma se presentó con una mediana de 12 meses de evolución (intervalo, 7-48 meses). En la evaluación endoscópica, un 42,7% (n = 32) reveló algún grado de esofagitis y el más común fue el grado A (n = 16, 50%); asimismo, se documentó hernia hiatal en 62,7% de los individuos (n = 47). Al aplicar el cuestionario BEDQ, la mediana de puntuación fue de 12 (6-21 puntos) y la media del EHAS de 36,3 ± 12,6, con una media de 20,5 ± 9,2 en la subescala de ansiedad esofágica y una mediana de 16 (IQ 14-20) en hipervigilancia. Al realizar la manometría esofágica de alta resolución, sólo el 30,7% (n = 22) satisfizo criterios diagnósticos para algún trastorno de la motilidad, con la siguiente prevalencia: motilidad esofágica inefectiva (50%, n = 11), acalasia (36%, n = 8, porcentaje del cual 27,3% correspondió al tipo 2 [n = 6] y 9,1% al tipo 1 [n = 2]), contractilidad ausente (9,1%, n = 2) y esófago hipercontráctil (4,5%, n = 1). Al agrupar a los pacientes con trastorno motor y aquellos con motilidad esofágica normal, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los valores del cuestionario EHAS ni en las subescalas de hipervigilancia o de ansiedad visceral, tal y como se observa en la **Tabla 1**.

Conclusiones: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de hipervigilancia ni ansiedad visceral en pacientes con disfagia y trastorno motor adjunto en comparación de pacientes sin alteraciones en motilidad esofágica evaluados en este centro.

Financiamiento: Este estudio se realizó con los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tabla 1. (Lun266)

	Sin trastorno motor	Trastorno motor presente	Valor de p
Características clínicas	n = 53	n = 22	
Sexo femenino	39 (73,6%)	17 (77,3%)	0,738
Edad (años)	54 ± 14	59 ± 16	0,044**

IMC (kg/m ²)	27,3 (23,7-30,7)	25,5 (21,2-26,9)	0,043**
Evolución de disfagia (meses)	12 (7-36)	24 (8-48)	0,303
Pérdida ponderal (kg)	7 (5-10)	10 (8-15)	0,009**
Hallazgos endoscópicos			
Esofagitis	24 (45,3%)	8 (36,4%)	0,477
Hernia hiatal	36 (67,9%)	11 (50%)	0,144
Puntuación de cuestionarios			
GERD-Q	9 (6-11)	10 (6-10)	0,967
BED-Q	11 (6-19)	16 (9-22)	0,104
EHAS	37,6 ± 12,4	33,2 ± 12,9	0,172
- ESA	21,2 ± 9,04	18,6 ± 9,5	0,268
- EHV	17 (14-20)	16 (11-18)	0,135

GERD-Q, Cuestionario de enfermedad por reflujo gastroesofágico; BED-Q, Cuestionario breve de disfagia esofágica; EHAS, Escala de hipervigilancia y ansiedad esofágica; ESA, Escala de ansiedad esofágica; EHV, Escala de hipervigilancia visceral.

Lun267

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

M. C. Alegría-Ovando, C. G. Solís-Hernández, F. Martínez-Rivera, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Grupo Colaborativo: Servicio de Gastroenterología y Oncología Médica, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es uno de los trastornos funcionales más comunes del sistema gastrointestinal. Se caracteriza por la presencia crónica de dolor o molestia abdominal, acompañado de alteraciones en el tránsito intestinal que pueden manifestarse como diarrea, estreñimiento o una combinación variable de ambos.

Objetivo: Determinar la frecuencia y las características de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable.

Material y métodos: Se incluyeron los expedientes de pacientes mayores de 18 años de edad que cumplieran con criterios de Roma IV para el síndrome de intestino irritable, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga del 1 de enero al 31 de diciembre del 2024, que cumplieron criterios de inclusión. El tamaño de la muestra se estableció con 137 pacientes para obtener resultados estadísticamente representativos.

Resultados: Se analizaron 137 expedientes de pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) atendidos en el Hospital General de México durante el año 2024. La edad promedio fue de 49,1 años, con predominio del grupo de 40 a 59 años. El 70,1% correspondió a mujeres, en concordancia con lo informado en las publicaciones médicas internacionales. El subtipo más común fue el SII con predominio diarreico (SII-D, 53%), seguido del mixto (SII-M, 28%) y el de estreñimiento (SII-E, 19%). Los síntomas digestivos más frecuentes fueron dolor tipo cólico, distensión, evacuación incompleta y urgencia fecal, con un promedio de 2,8 episodios semanales y una intensidad media de 34,5 en la escala visual análoga. En cuanto a la salud mental, el 69% presentó ansiedad y el 42% depresión según la escala HADS. El subtipo SII-D fue el más vinculado con alteraciones emocionales, y fue significativa la diferencia en ansiedad ($p < 0,05$). Además, los pacientes con ansiedad o depresión refirieron mayor intensidad de los síntomas digestivos y mayor efecto funcional, según lo reflejan las puntuaciones elevadas en las escalas WPAI-IBS y WSAS, lo que sugiere un deterioro de la calidad de vida laboral, social y cotidiana.

Conclusiones: El estudio confirma que una proporción significativa de pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) sufre síntomas emocionales, como ansiedad y depresión, los cuales alteran negativamente su calidad de vida, incluso si no siempre alcanzan niveles clínicamente graves. Este malestar es más frecuente en pacientes con SII tipo diarrea, lo que sugiere que el subtipo clínico influye en el efecto psicológico. Estos hallazgos resaltan la importancia de incorporar el tamizaje emocional en la atención de pacientes con SII, ya que el enfoque exclusivamente digestivo resulta insuficiente. El SII debe entenderse como un trastorno

biopsicosocial, en el cual el abordaje integral, que incluya la dimensión emocional, es clave para mejorar el bienestar global del paciente.

Financiamiento: Ninguno.

Lun268

MEDIACIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN SUJETOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: COMPARACIÓN ENTRE MINORÍAS SEXUALES Y DE GÉNERO CONTRA CISGÉNERO HETEROSEXUALES

B. A. Priego-Parra, S. A. Reyes-Díaz, M. Amieva-Balmori, F. Lajud-Barquín, C. L. Dorantes-Nava, F. Higuera-De-la-Tijera, M. Vieyra-Vega, A. P. Vázquez-Cruz, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Las personas pertenecientes a minorías sexuales y de género (SGM, por sus siglas en inglés) suelen experimentar mayores síntomas gastrointestinales y malestar psicológico, atribuibles al estrés de las minorías.

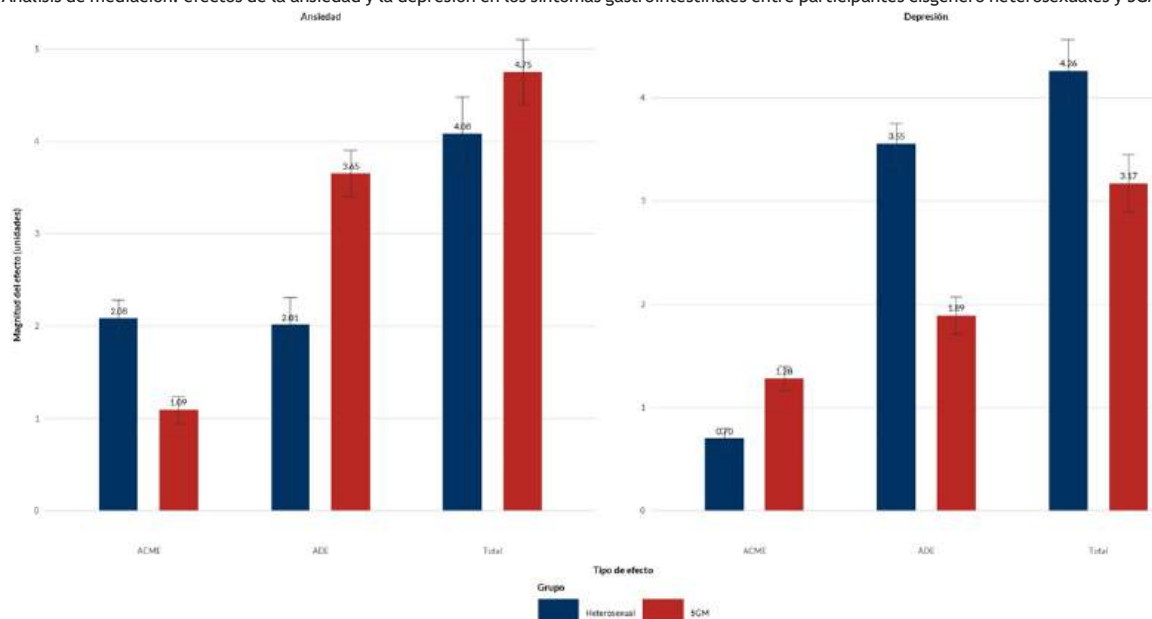
Objetivo: Comparar los efectos de la mediación de la ansiedad y la depresión en individuos SGM y en personas cisgénero heterosexuales con síndrome de intestino irritable (SII), así como en controles sanos.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico realizado entre junio de 2021 y mayo de 2024. Todos los participantes completaron el Cuestionario Roma IV, el Índice de gravedad del SII (IBS-SSS) y la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). El análisis de mediación evaluó si la ansiedad (HADS-A) y la depresión (HADS-D) mediaban la relación entre el grupo poblacional (SGM vs. cisgénero heterosexual) y la intensidad de los síntomas gastrointestinales (IBS-SSS) en personas con SII. Se emplearon modelos de regresión lineal para determinar los efectos total, directo e indirecto. En particular se calcularon el efecto causal promedio de mediación (ACME), que representa la porción del efecto total atribuible al mediador (ansiedad o depresión), y el efecto directo promedio (ADE), correspondiente al efecto no explicado por el mediador. La suma del ACME y el ADE se informó como efecto total. También se calculó la proporción mediada para cada variable psicológica. Para comparar las diferencias entre subgrupos (SGM vs. cisgénero heterosexual) se aplicaron las pruebas t de Student independientes. Todos los análisis estadísticos se realizaron en R Studio versión 4.3.2, con un nivel de significancia establecido en $p < 0,05$.

Resultados: De los 1 424 participantes (mediana de edad, 22 años; rango intercuartílico [RIQ]: 20-26; 61% de mujeres), 478 (33,6%) cumplieron criterios para SII y 946 (66,4%) fueron controles sanos. Según la orientación sexual y la identidad de género (SOGI), 1 099 participantes (77,2%) se identificaron como cisgénero heterosexuales y 325 (22,8%) como SGM, con una distribución similar entre los grupos (22,8% vs. 23%). Entre los participantes con SII, las personas SGM registraron puntuaciones significativamente mayores de ansiedad (mediana: 11 [RIQ: 8-13] vs. 9 [RIQ: 6,2-12]; $p = 0,011$) y depresión (mediana: 7 [RIQ: 5-9] vs. 6 [RIQ: 4-8]; $p = 0,012$), en comparación con sus contrapartes cisgénero heterosexuales. En el análisis de mediación se observaron diferencias significativas en los efectos de la ansiedad. En personas cisgénero heterosexuales, el ACME fue de 2,08 unidades ($p = 0,0102$), el ADE de 2,01 unidades y el efecto total de 4,08 unidades. En participantes SGM, el ACME fue de 1,09 unidades ($p = 0,0102$), el ADE de 3,65, y el efecto total de 4,75 unidades. La mediación por ansiedad fue significativamente mayor en participantes cisgénero heterosexuales (ACME: 2,08 vs. 1,09; $p = 0,0102$). En cambio, para la depresión, el patrón fue inverso. Las personas SGM presentaron un ACME mayor (1,28 vs. 0,70; $p = 0,0112$), pero un ADE menor (1,89 vs. 3,55), lo que resultó en un efecto total de 3,17 unidades frente a 4,26 en participantes cisgénero heterosexuales. La mediación por depresión fue significativamente mayor en individuos SGM ($p = 0,0112$) (Figura 1).

Conclusiones: Los patrones distintos de mediación para ansiedad y depresión evidencian trayectorias psicológicas específicas según el grupo. Estos hallazgos destacan la necesidad de promover investigaciones inclusivas e interseccionales que consideren la orientación sexual y la identidad de género como factores determinantes en la expresión sintomática, con el fin de desarrollar intervenciones terapéuticas personalizadas y culturalmente sensibles.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Figura 1. Análisis de mediación: efectos de la ansiedad y la depresión en los síntomas gastrointestinales entre participantes cisgénero heterosexuales y SGM. (Lun268)

ADE, efecto directo promedio; ACME, efecto causal promedio de mediación; SGM, minorías sexuales y de género (por sus siglas en inglés).

Lun269

MANOMETRÍA ESOFÁGICA Y PH-IMPEDANCIA EN OBE-SOS: REPLANTEANDO LA EVALUACIÓN PREOPERATO-RIA BARIÁTRICA

A. Y. Ávila-Franco, Y. M. Escandón-Espinoza, K. D. López-García, G. Pérez-Roa, A. Osorio-Euán, J. C. Balderas-Ortega, V. R. Galán-Luna, Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia

Introducción: La obesidad se relaciona con mayor prevalencia de reflujo gastroesofágico (ERGE) y trastornos motores esofágicos, subdiagnosticados con frecuencia en la evaluación prequirúrgica para cirugía bariátrica (CB). Los estudios recientes revelan que las personas con obesidad pueden presentar alteraciones funcionales esofágicas, incluso sin síntomas ni hallazgos endoscópicos relevantes, posiblemente debido a la elevación de la presión intraabdominal. Además, se ha observado un aumento de trastornos motores esofágicos tras la cirugía bariátrica. Sin embargo, dado que la manometría esofágica de alta resolución (HRM) y la pH-impedancia de 24 horas no se emplean sistemáticamente en la evaluación previa, se desconoce si dichas alteraciones estaban presentes antes de la intervención. Por lo tanto, estas herramientas podrían ser útiles para la evaluación preoperatoria con el fin de mejorar la toma de decisiones terapéuticas y evitar complicaciones.

Objetivo: Describir los hallazgos de la HRM y pH-impedancia de 24 h en los pacientes con obesidad en protocolo para realización de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal. Se incluyó a adultos con obesidad seleccionados para el tratamiento con CB, que fueron enviados al área de endoscopia gastrointestinal para la realización de panendoscopia, durante el periodo de enero a julio del 2025. Con posterioridad, todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio fueron objeto de una HRM con base en los lineamientos de Chicago v4.0 y pH-impedancia de 24 h de acuerdo con los criterios establecidos por el consenso de Lyon 2.0. Se excluyó a los pacientes que no toleraron la colocación de la sonda durante el estudio y no suspendieron los fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBP). Para la descripción de los hallazgos se utilizaron medidas de tendencia central y cálculo de frecuencias.

Resultados: Se incluyó a 18 pacientes, con predominio del sexo femenino (88,9%, 16) y edad media de 48,7 años. Los síntomas gastrointestinales más frecuentes fueron pirosis en el 61,1% (11), regurgitación en 44,4% (8) y globo faríngeo también en 44,4% (8). Los hallazgos endoscópicos más comunes fueron esofagitis de grado A de Los Ángeles en el 22,7% (5), gastropatía

folicular y crónica en 22,2% (4) y hernia hiatal en el 16,7% (3). En relación con los hallazgos de la pH-impedancia, la media del tiempo de exposición (AET) fue del 6,3% y la impedancia basal nocturna (MNBI) promedio de 1 700 ohmios. Se diagnosticó ERGE en 50% (9) de los pacientes, de los cuales la media de AET fue de 10,4% y el promedio de MNBI de 1 400 ohmios. Se identificó también 27,7% (5) con esófago hipersensible. Del total, el 44,4% (8) reveló trastornos motores esofágicos; la obstrucción del tracto de salida se reconoció en el 27,8% (5) y el esófago hipercontráctil en 16,7% (3), de los cuales sólo dos pacientes refirieron disfagia. La presión de relajación integrada (IRP) promedio en decúbito fue de 12,5 mmHg y en sedestación de 9,7 mmHg. El tipo de unión esofagogástrica más frecuente fue el tipo 2 en 44,4% (8), seguida del tipo 1 con 38,9% (7) y el tipo 3 en 16,7% (3).

Conclusiones: Este estudio mostró una elevada frecuencia de reflujo patológico en pacientes con obesidad, sin correspondencia en todos los casos con los hallazgos endoscópicos. La manometría permitió identificar alteraciones motoras relevantes y evidenció que los valores de IRP pueden estar aumentados en obesos en posición primaria en decúbito, debido a la presión intraabdominal, sin representar una verdadera obstrucción. Estos resultados confirman que la evaluación funcional esofágica aporta información relevante para la toma de decisiones. Incorporar manometría y pH-impedancia en el protocolo prequirúrgico podría mejorar la selección del tratamiento quirúrgico y reducir el riesgo de síntomas persistentes o complicaciones tras la cirugía.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun270

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL DE PACIENTES CON ONDAS ANALES ULTRALENTAS MEDIANTE MANOMETRÍA ANORRECTAL DE ALTA DEFINICIÓN

L. Bolio-Lavalle, S. P. Mendivil-Sáenz, M. Suárez-Fernández, K. D. González-Gómez, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Las ondas anales ultralentas (OAUL) son patrones de actividad motora caracterizados por oscilaciones de muy baja frecuencia y gran amplitud en el canal anal. Wankling las describió por primera vez en 1968 como “cambios lentos y prolongados en la línea de base”, con frecuencias de 1 a 2 ciclos por minuto y amplitudes de 200 a 2 000 microvoltios. Los estudios posteriores han registrado frecuencias de 0,5 a 3 ciclos por minuto

y amplitudes > 18 mmHg, hasta alcanzar 74 mmHg. Aunque su presencia es rara en sujetos sanos (~5%), se ha observado con mayor frecuencia en pacientes con estreñimiento crónico (56%-80%), hemorroides (8%-45%) y fisura anal crónica (69%-86%). Sin embargo, la evidencia sobre su relevancia clínica y fisiopatológica es todavía limitada y la mayoría de los estudios se ha realizado con manometría convencional o sistemas de perfusión.

Objetivo: Evaluar el perfil clínico y funcional de los pacientes en quienes se detectaron OAUL mediante manometría anorrectal de alta definición (3D-HDAM), con el fin de aportar evidencia que contribuya a esclarecer su papel en los trastornos funcionales del piso pélvico.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en el cual se revisaron todas las 3D-HDAM (Medtronic) realizadas en esta institución del 1 de enero de 2023 al 30 de junio de 2025 a pacientes referidos para el estudio de trastornos anorrectales. La 3D-HDAM se efectuó de acuerdo con el protocolo de Londres. Se compararon las características demográficas, clínicas y manométricas de aquellos pacientes con presencia de OAUL (amplitud > 18 mmHg, frecuencia < 2 por minuto) durante la 3D-HDAM contra los pacientes que no tuvieron OAUL. Las variables numéricas se analizaron con la prueba t de Student para varianzas desiguales y las variables categóricas con ji cuadrada o prueba exacta de Fisher. Se aplicó corrección de Bonferroni para múltiples comparaciones. Se realizó regresión logística multivariada u se eliminaron predictores problemáticos (colinealidad o falta de varianza) para identificar factores relacionados con la presencia de ondas ultralentas.

Resultados: Se incluyó a un total de 141 pacientes, 27 con OAUL y 114 pacientes sin OAUL durante el estudio. Los pacientes con OAUL tuvieron significativamente mayor prevalencia de estreñimiento y proctalgia. Las ondas ultralentas se vincularon con mayor presión anal en reposo ($p < 0,001$), mayor longitud de la zona de alta presión ($p < 0,001$), menor frecuencia de incontinencia fecal ($p < 0,001$) y mayor prevalencia de trastornos del tono y contractilidad (Tabla 1).

Conclusiones: De acuerdo con estos resultados, las ondas ultralentas podrían representar una expresión de hiperactividad neuronal o disincronía del esfínter anal interno, lo que favorece patrones obstructivos funcionales como el estreñimiento y la proctalgia, pero reduce la propensión a la incontinencia. Su identificación mediante manometría puede aportar información diagnóstica relevante y tener implicaciones terapéuticas al orientar hacia tratamientos más específicos como la toxina botulínica o la neuromodulación.

Financiamiento: Este estudio no contó con financiamiento.

Tabla 1. Resultados con p significativa. (Lun270)			
Variable	Sin OAUL (n = 114)	Con OAUL (n = 27)	p =
Indicaciones			
• Estreñimiento (n, %)	49 (43%)	24 (88%)	0,0001
• Proctalgia	11 (10%)	8 (30%)	0,01
• Incontinencia fecal	68 (59,6%)	6 (25%)	0,001
Parámetros manométricos			
• Presión máxima en reposo (mmHg)	54,00 ± 27,88	100,78 ± 23,56	< 0,001
• Presión anal durante maniobra de tos (mmHg)	82,44 ± 40,63	120,40 ± 28,48	< 0,001
• Longitud de zona de alta presión (cm)	2,55 ± 0,73	3,16 ± 0,64	0,003
• Prueba de expulsión con balón (segundos)	22,3 ± 19	36,17 ± 23	< 0,001
Trastornos de acuerdo con la clasificación de Londres			
○ Hipotensión	88 (77,2%)	7 (25,9%)	< 0,001
○ Hipertensión	8 (7%)	11 (40,7%)	< 0,001
○ Hipocontractilidad	92 (80,7%)	12 (44,4%)	< 0,001
○ Expulsión anormal con patrón normal	4 (3,5%)	4 (14,8%)	0,045

Lun271

ASOCIACIÓN ENTRE DISINERGIA DEFECATORIA Y SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES MEXICANOS EVALUADOS POR TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, A. Vela-Torres, A. G. Salmerón-Téllez, A. J. Iberri-Jaime, M. A. Díaz-Castro, J. A. Villanueva-Herrero, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) son enfermedades complejas caracterizadas por síntomas gastrointestinales, desprovistos de una afección orgánica subyacente, pero que no excluyen su vinculación con síndromes orgánicos. La disinergia defecatoria se detecta en el 27 al 59% de los pacientes y una superposición con tránsito colónico lento y síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento (SII) se ha descrito en el 3 al 47% de estos pacientes.

Objetivo: Evaluar la relación entre disinergia defecatoria y síndrome de intestino irritable en pacientes con trastornos de la defecación.

Material y métodos: Se estudió a 45 pacientes evaluados por trastornos de la defecación en la consulta externa de los servicios de coloproctología y gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga de enero del 2022 a diciembre del 2024. Los casos se definieron como pacientes con diagnóstico de disinergia defecatoria según manometría anorrectal y los controles como pacientes sin disinergia defecatoria, con síntomas similares y estudio manométrico que descartó disinergia. Tipo de estudio: analítico, observacional, retrospectivo de corte transversal y de tipo casos y controles. Variables analizadas: sociodemográficas (como edad y sexo), clínicas (como antecedentes quirúrgicos, comorbilidades, criterios de SII) y funcionales (como tipo de patrón manométrico, sensibilidad rectal, antecedente de corrección quirúrgica de alteraciones anatómicas, y gravedad por puntuación en la escala de Wexner). Análisis estadístico: tamaño muestral de 45 pacientes (31 casos y 14 controles) seleccionados consecutivamente. El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central y dispersión, frecuencia absoluta y relativa. La comparación entre grupos se llevó a cabo con la prueba t de Student con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a un total de 45 pacientes con trastornos de la defecación, de los cuales 31 (68,9%) presentaban disinergia defecatoria (casos) y 14 (31,1%) no (controles). La edad media fue de $51,8 \pm 13,6$ años, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($52,6 \pm 13,1$ vs. $50,3 \pm 14,5$ años, $p = 0,61$). La mayoría de los pacientes correspondió a mujeres (66,7%), con distribución similar en ambos grupos (67,7% en casos vs. 64,3% en controles, $p = 0,81$). En relación con el diagnóstico de síndrome de intestino irritable (SII) se identificó una mayor frecuencia en el grupo con disinergia (58,1%, $n = 18$) en comparación con el grupo control (28,6%, $n = 4$), diferencia que alcanzó significancia estadística ($p = 0,049$). El análisis de regresión logística mostró que los pacientes con SII tenían una *odds ratio* (OR) cruda de 3,49 (IC95%, 0,93-13,1) para presentar disinergia. En cuanto a la gravedad del estreñimiento, evaluada mediante la escala de Wexner, los pacientes con disinergia registraron una puntuación significativamente más alta ($13,4 \pm 6,1$ vs. $8,2 \pm 4,3$; $p = 0,007$), lo cual indica una mayor afectación funcional. Respecto de los hallazgos funcionales adicionales, la hipersensibilidad rectal se observó en el 35,5% de los casos frente al 28,6% de los controles ($p = 0,65$), y el antecedente de corrección quirúrgica de alteraciones anatómicas, como rectoceles o prolapso rectal, fue del 25,8% en los casos y del 21,4% en los controles ($p = 0,74$), sin diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de las características clínicas y funcionales entre pacientes con disinergia defecatoria y sin ella. (Lun271)			
Variable	Pacientes con disinergia defecatoria (n = 31)	Pacientes sin disinergia defecatoria (n = 14)	Valor de p
Edad media (años)	52,6 ± 13,1	50,3 ± 14,5	0,61
Mujeres (%)	67,7%	64,3%	0,81
SII (%)	58,1% (n = 18)	28,6% (n = 4)	0,049*
Wexner (media)	13,4 ± 6,1	8,2 ± 4,3	0,007*
Hipersensibilidad rectal (%)	35,5%	28,6%	0,65
Antecedente de corrección quirúrgica de rectocele/prolapso (%)	25,8%	21,4%	0,74

Conclusiones: Existe una relación sugerente entre disinergia defecatoria y síndrome de intestino irritable. Se recomienda realizar estudios funcionales en pacientes con SII persistente para personalizar el abordaje terapéutico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun272

IDENTIFICACIÓN DE LOS SUBTIPOS DE DISINERGIA DEFECATORIA EN UNA POBLACIÓN MEXICANA EVALUADA POR TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, A. Vela-Torres, A. G. Salmerón-Téllez, A. J. Iberri-Jaime, M. A. Díaz-Castro, J. A. Villanueva-Herrero, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La disinergia defecatoria (DD) es un trastorno funcional del piso pélvico caracterizado por una alteración de la coordinación de los músculos anorrectales durante la evacuación. Se reconocen diferentes patrones de disinergia que se han clasificado con base en los hallazgos manométricos según criterios de la clasificación de Rao (tipo I-IV). Cada subtipo posee características distintas que pueden tener implicaciones diagnósticas y terapéuticas diferentes.

Objetivo: Identificar la distribución de los subtipos de disinergia defecatoria según la clasificación manométrica en pacientes evaluados por trastornos de la defecación.

Material y métodos: Se estudió a 45 pacientes evaluados por trastornos de la defecación en la consulta externa de coloproctología del Hospital General de México Eduardo Liceaga de enero de 2022 a diciembre de 2024. Tipo de estudio: descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Variables analizadas: sociodemográficas (como edad y sexo), clínicas (como antecedente quirúrgico, comorbilidades, criterios de SII) y funcionales (como tipo de patrón manométrico, subtipo de disinergia [I a IV], sensibilidad rectal, antecedente de corrección quirúrgica de alteraciones anatómicas previas, y gravedad por puntuación en la escala de Wexner). En el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Resultados: De un total de 45 pacientes evaluados por trastornos de la defecación, 31 (68,9%) se diagnosticaron con disinergia defecatoria mediante manometría anorrectal. Entre estos casos, la distribución de los subtipos manométricos fue: disinergia tipo I en 12 (38,7%), tipo II en 7 (22,6%), tipo III en 6 (19,4%) y tipo IV en 6 (19,4%). La edad media de los pacientes con disinergia fue de 52,6 ± 13,1 años, y el 67,7% correspondió a mujeres. En relación con la gravedad del estreñimiento, evaluada mediante la escala de Wexner, se observó una puntuación media global de 13,4 ± 6,1. Al analizar por subtipo, los pacientes con disinergia tipo I registraron los valores más elevados (14,6 ± 5,2), seguidos por los subtipos II (13,1 ± 6,0), III (12,7 ± 7,3) y IV (11,8 ± 6,8). El diagnóstico de síndrome de intestino irritable (SII) estuvo presente en el 58,1% (n = 18) de los pacientes con disinergia. Éste fue más frecuente en los subtipos I (66,7%) y II (57,1%) que en los subtipos III (50%) y IV (33,3%). Respecto de otros hallazgos funcionales, se identificó hipersensibilidad rectal en 11 individuos con disinergia (35,5%). El antecedente de corrección quirúrgica de rectocele o prolapso rectal se notificó en 8 (25,8%) casos (Tabla 1).

Conclusiones: La disinergia tipo I fue el subtipo más frecuente en esta cohorte. Se observó una tendencia a mayor prevalencia de SII en los subtipos I y II. La identificación precisa del subtipo podría ser útil para personalizar estrategias terapéuticas como la biorretroalimentación enfocada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Distribución y características clínicas de acuerdo con subtipo de disinergia defecatoria. (Lun272)

Subtipo	n (%)	Wexner media ± DE	SII (%)	Hipersensibilidad/ antecedente corrección prolapso rectal (%)
Tipo I	12 (38,7%)	14,6 ± 5,2	66,7%	33% / 25%
Tipo II	7 (22,6%)	13,1 ± 6,0	57,1%	29% / 29%
Tipo III	6 (19,4%)	12,7 ± 7,3	50,0%	17% / 17%
Tipo IV	6 (19,4%)	11,8 ± 6,8	33,3%	17% / 17%

Lun273

HIPERVIGILANCIA Y ANSIEDAD VISCERAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. J. Berzunza-Casanova, A. Triana-Romero, R. M. Ruiz-Ravelo, M. A. González-Martínez, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los síntomas esofágicos son frecuentes en la población general, especialmente en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). No obstante, la correlación entre estos síntomas y los episodios de reflujo documentados mediante pH-metría no siempre es clara. Los pacientes con trastornos conductuales subyacentes refieren más síntomas ante estímulos esofágicos menores, lo que se denomina hipersensibilidad esofágica, y otros presentan una vigilancia excesiva de las sensaciones esofágicas, lo que se denomina hipervigilancia. Taft *et al.* desarrollaron la Escala de hipervigilancia y ansiedad esofágica (EHAS), herramienta que recientemente se validó en la población hispanohablante. Sin embargo, en México la información sobre este tema es limitada.

Objetivo: Comparar los grados de hipervigilancia e hipersensibilidad visceral en pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico evaluados mediante pH-metría-impedancia de 24 h, y diferenciar entre aquéllos con diagnóstico confirmado de ERGE y aquéllos con resultado negativo.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y analítico en pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico sometidos a pH-metría-impedancia de 24 h. Se recolectaron datos clínicos y endoscópicos, y se aplicaron los cuestionarios GERDQ, BEDQ y EHAS. El diagnóstico de ERGE se estableció según los criterios del consenso de Lyon 2.0. En casos con tiempo de exposición al ácido no concluyente, se consideró ERGE confirmado si coexistían síntomas cardinales, > 80 episodios de reflujo y una impedancia basal nocturna < 1 500 ohmios. El análisis estadístico se realizó con SPSS V25, mediante estadística descriptiva, ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney, según correspondiera.

Resultados: Del 01/06/2024 al 27/12/2024 se estudió a 61 pacientes, de los cuales se excluyó a dos. De los 59 casos evaluados, el 79,7% (n = 49) correspondió a mujeres, con edad promedio de 57 ± 12,8 años y 55,9% (n = 33%) presentaba comorbilidades, las más frecuentes de las cuales fueron la hipertensión arterial (27,1%, n = 16) y la diabetes tipo 2 (15,3%, n = 9). Hasta 89,8% (n = 53) se remitió por síntomas típicos de reflujo: la pirosis (84,7%, n = 50) fue más prevalente que la regurgitación (79,7%, n = 47). Casi todos los pacientes habían recibido IBP en las últimas cuatro semanas (89,8%, n = 53). En la evaluación endoscópica, sólo el 25,4% de los casos sufrió esofagitis, proporción de la cual el 73,3% (n = 11) fue de grado A por la clasificación de Los Ángeles; y se documentó hernia hialal en 62,7% (n = 37) de los estudios. Con la aplicación del cuestionario GERDQ se obtuvo una media de 8,98 ± 3,4 puntos, con un 71,2% de pacientes que registró ≥ 8 puntos. Con el cuestionario EHAS se obtuvo un promedio de 34,2 ± 13 puntos a nivel global, con una media de 18,56 ± 8,9 puntos en la subescala de sensibilidad/ansiedad y 15,6 ± 5,9 en la subescala de hipervigilancia esofágica. Al evaluar los resultados de pH-metría se confirmó la presencia de reflujo ácido patológico en 39% de los casos (n = 23), una mediana de tiempo de exposición al ácido de 4% (IQ 1,5-7,1). Con lo anterior se compararon las puntuaciones del cuestionario EHAS entre pacientes con reflujo gastroesofágico establecido por pH-metría como se describe en la Tabla 1.

Tabla 1. (Lun273)

	pH-metría positiva a reflujo	pH-metría negativa a reflujo	Valor de p
Características clínicas	n = 23	n = 36	
Sexo femenino	19 (82,6%)	28 (77,7%)	0,749
Edad (años)	60,9 ± 10,2	54,6 ± 13,8	0,67
IMC (kg/m²)	27,3 (23,7-30,7)	27,7 ± 4,4	0,827
Pirosis	21 (91,3%)	29 (80,6%)	0,460
Regurgitación	21 (91,3)	26 (72,2%)	0,103

Hallazgos endoscópicos			
Esofagitis	4 (17,4%)	11 (30,6%)	0,361
Hernia hiatal	12 (52,2%)	25 (69,4%)	0,270
Puntuación de cuestionarios			
GERD-Q	9,26 ± 3,4	8,81 ± 9,2	0,869
EHAS	35,78 ± 12,5	33,2 ± 13,3	0,719
- ESA	18,7 ± 8,5	18,4 ± 9,0	0,648
- EHV	17 ± 5,5	14,81 ± 6,0	0,565
Hallazgos pH-metría			
TEA total (%)	6,2 (48-11,2)	1,95 (0,75-4)	0,0001*
No. episodios de reflujo	56 (53-138)	47 (31-71)	0,022*
De Meester	19,7 (27,1-18,4)	10,6 (4,5-16,4)	0,0001*
Impedancia basal nocturna (ohmios)	1090 (770-2220)	2345 (1560-3350)	0,025*

GERD-Q, Cuestionario de enfermedad por reflujo gastroesofágico; BED-Q, Cuestionario breve de disfagia esofágica; EHAS, Escala de hipervigilancia y ansiedad esofágica; ESA, Escala de ansiedad esofágica; EHV, Escala de hipervigilancia visceral. *Autoría propia.

Conclusiones: No hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del cuestionario EHAS en pacientes con reflujo gastroesofágico establecido por pH-metría respecto de los pacientes sin evidencia de reflujo gastroesofágico estudiados en este centro.

Financiamiento: El presente estudio se realizó con los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lun274

NÚMERO TOTAL DE SÍNTOMAS COMO PREDICTOR NEGATIVO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ERUCTOS SUPRAGÁSTRICOS

K. D. González-Gómez, K. R. García-Zermeño, G. P. Martínez-Pérez, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, S. P. Mendivil-Sáenz, L. Bolio-Lavalle, H. R. Ordaz-Álvarez, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana; Laboratorio de Motilidad

Introducción: Los eructos supragástricos (ESG) son un trastorno funcional del tracto gastrointestinal superior caracterizado por la entrada rápida y voluntaria de aire a través de la faringe, seguida de su expulsión sin alcanzar el estómago. Su fisiopatología incluye mecanismos conductuales aprendidos y se relaciona con deterioro de la calidad de vida y comorbilidades psicológicas como la ansiedad. La pH-impedancia es el estándar diagnóstico para diferenciar ESG de eructos gástricos (EG) y establecer su relación con síntomas como pirosis o regurgitación. Sin embargo, el análisis puede ser demandante cuando se notifican múltiples síntomas mediante el botón de evento. No existen umbrales clínicos objetivos que orienten sobre el número de síntomas más allá del cual la probabilidad de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) sea baja. Establecer este punto de corte podría optimizar la interpretación de los estudios.

Objetivo: Determinar si existe un número de síntomas informados durante la pH-impedancia de 24 horas a partir del cual la probabilidad de ERGE sea < 5% en pacientes con ESG excesivos.

Material y métodos: Análisis ambispectivo de un centro de referencia. Se incluyó a pacientes entre 2014 y 2025, ≥ 18 años, con diagnóstico de ESG excesivos, confirmado por impedancia. Se recolectaron número total de síntomas notificados (pirosis, regurgitación, dolor torácico, tos, eructos) y diagnóstico de ERGE según criterios de Lyon 2.0. Se calculó la proporción de pacientes con ERGE para distintos puntos de corte del número total de síntomas y se generó una curva ROC. Se informaron sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) para múltiples umbrales.

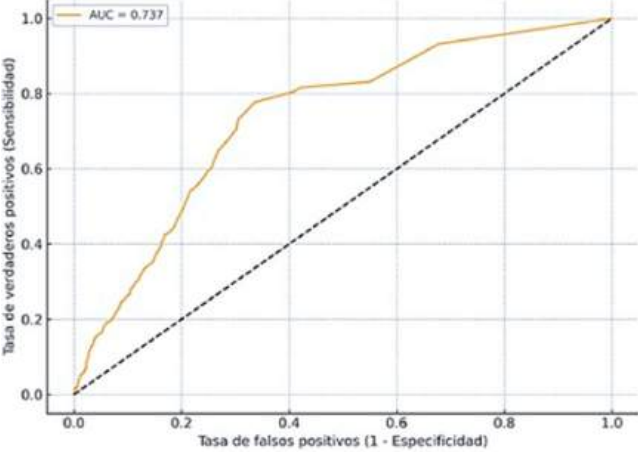
Resultados: Se analizó a 543 pacientes con diagnóstico de ESG excesivos. La mediana del número total de síntomas registrados durante la pH-impedancia

de 24 h fue de 3 (RIQ, 1-9), con un intervalo de 0 a 87 episodios por paciente. El diagnóstico de ERGE estuvo presente en 162 pacientes (7,1%). Se observó una disminución progresiva de la proporción de pacientes con ERGE conforme aumentaba el número total de síntomas informados. En el subgrupo de pacientes que refirieron ≥ 25 síntomas, la proporción de casos con diagnóstico positivo de ERGE fue menor al 5%. La curva ROC (Figura 1) construida para evaluar la utilidad del número total de síntomas como predictor de ERGE mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,73. El punto de corte óptimo según el índice de Youden fue ≥ 1 síntoma informado, a partir del cual la probabilidad de ERGE disminuyó significativamente. Se calcularon sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para diversos umbrales de síntomas.

Conclusiones: En pacientes con ESG excesivos, el número total de síntomas notificados se relaciona inversamente con la probabilidad de ERGE. Estos hallazgos sugieren que un alto número de episodios, en ausencia de respaldo fisiológico, podría reflejar hipervigilancia o un comportamiento aprendido, más que reflujo verdadero. El uso de un umbral como ≥ 25 síntomas podrían ayudar a racionalizar el análisis de estudios complejos, sin omitir diagnósticos clínicamente relevantes. El AUC de 0,73 indica capacidad diagnóstica moderada. Si bien el punto de corte óptimo fue ≥ 1 síntoma, los umbrales altos permiten identificar a pacientes con muy baja probabilidad de ERGE. En sujetos con ESG excesivos, un mayor número de síntomas informados se vincula con menor probabilidad de ERGE. La curva ROC identificó ≥ 1 síntoma como punto de corte con buen desempeño como predictor negativo. Específicamente, ≥ 25 síntomas notificados podrían representar un criterio útil para considerar baja probabilidad de ERGE y priorizar la interpretación clínica en dichos casos. Estos hallazgos deben validarse de forma prospectiva.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curva ROC del número total de síntomas como predictor de ERGE AUC = 0,73 (capacidad moderada de discriminación). (Lun274)



Lun275

CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS ESOFÁGICOS DE LA INTERACCIÓN CEREBRO-INTESTINO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, F. Y. Vargas-Durán, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los trastornos esofágicos de la interacción del eje cerebro-intestino (TEICI) se caracterizan por la presencia de síntomas esofágicos sin evidencia de alteraciones estructurales en estudios endoscópicos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos definidos por Roma IV, los cuales permiten identificar estas entidades, frecuentemente vinculadas con comorbilidades psicológicas, como ansiedad y depresión. En México, la epidemiología de estas anomalías aún no se ha establecido claramente, lo que limita la implementación de estrategias diagnósticas y terapéuticas adecuadas. Este estudio busca caracterizar el cuadro clínico de pacientes con TEICI atendidos en un hospital de tercer nivel, con el objetivo de aportar evidencia local que facilite su reconocimiento y tratamiento oportuno.

Objetivo: Describir las características clínicas y la presencia de comorbilidades psicológicas y de la interacción cerebro-intestino en pacientes con TEICI.

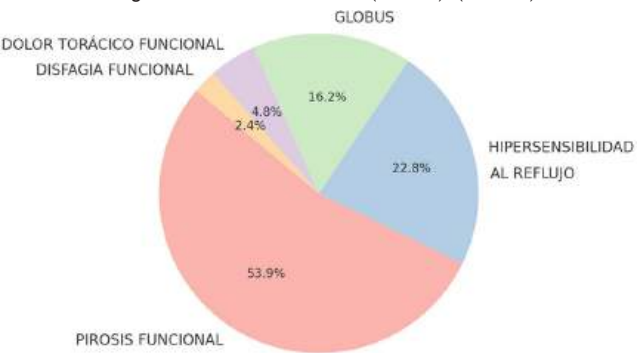
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con síntomas esofágicos persistentes, sin evidencia de afectación estructural en endoscopia, atendidos en la consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga entre enero de 2021 y diciembre de 2024. El diagnóstico se estableció con base en los criterios clínicos de Roma IV. Se recolectaron variables clínicas como edad, sexo, duración de los síntomas, síntoma predominante y comorbilidades psicológicas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se atendió a 5 800 pacientes en la consulta externa de gastroenterología. De este total, 167 pacientes (2,9%) recibieron diagnóstico de algún TEICI. La edad promedio fue de 48,5 años y la duración media de los síntomas fue de 26,1 meses. El síntoma principal observado fue pirosis (55,7%), seguido por regurgitación (22,2%) y globus (15%). De acuerdo con los criterios de Roma IV, los diagnósticos más frecuentes fueron pirosis funcional (53,9%), hipersensibilidad al reflujo (22,8%) y globus (16,2%) (Figura 1). Respecto de las comorbilidades psicológicas, se identificó que 86 pacientes (51,5%) presentaban algún diagnóstico psiquiátrico o trastorno adjunto, los más frecuentes de los cuales fueron la ansiedad generalizada y la depresión mayor, ambos con una prevalencia del 23,4%. También se informaron diagnósticos menos prevalentes como fibromialgia (2,4%), trastorno límite de la personalidad (0,6%) y trastorno conversivo (0,6%). En lo referente a la coexistencia de otros trastornos de la interacción cerebro-intestino (TICI), se observó que 121 pacientes (72,5%) tenían al menos un diagnóstico gastrointestinal adicional al trastorno esofágico, en especial la dispepsia funcional y el síndrome de intestino irritable (SII) en sus diferentes variantes clínicas. Asimismo, 24 pacientes (14,4%) presentaban, además del TEICI, dispepsia funcional y SII, lo que indica una sobreposición clínica importante.

Conclusiones: Este estudio confirma una prevalencia considerable (2,9%) en el ámbito ambulatorio especializado de los TEICI. La aplicación de herramientas diagnósticas estandarizadas, como los criterios de Roma IV, facilita una identificación más precisa y favorece un abordaje terapéutico integral. Los resultados obtenidos respaldan el concepto de continuidad funcional a lo largo del tracto digestivo, con énfasis en la necesidad de una evaluación sistemática y detallada de los síntomas. El reconocimiento de la coexistencia de TICI tiene implicaciones terapéuticas relevantes, dado que estos pacientes suelen beneficiarse de un enfoque multidimensional centrado en el eje cerebro-intestino.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Distribución de los trastornos esofágicos de la interacción cerebro-intestino según los criterios de Roma IV (n = 167). (Lun275)



Lun276

CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS CLÍNICOS, MANOMÉTRICOS Y DE PH-METRÍA CON IMPEDANCIA EN PACIENTES CON ESOFAGITIS GRADO “A” SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LOS ÁNGELES

Y. J. Cruz-Ramírez, A. L. Desales-Iturbe, Y. Zamorano-Orozco, Centro Médico, Hospital 20 de Noviembre ISSSTE

Introducción: La esofagitis de grado A, según la clasificación de Los Ángeles, representa la forma más leve de esofagitis erosiva, caracterizada por erosiones

menores de 5 mm limitadas a los pliegues mucosos. Aunque su presentación es sutil, puede acompañarse de síntomas relevantes, como pirosis y regurgitación. Las pruebas funcionales, como la manometría esofágica de alta resolución (HRM) y la pH-metría con impedancia de 24 h, son herramientas clave para evaluar la fisiopatología del reflujo gastroesofágico (ERGE) en estos pacientes y su efecto motor.

Objetivo: Describir y correlacionar los hallazgos manométricos y de pH-metría con impedancia en pacientes con diagnóstico endoscópico de esofagitis de grado A, tras evaluar la relación entre motilidad esofágica y exposición al ácido.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se incluyó a 61 pacientes con diagnóstico endoscópico de esofagitis de grado A entre enero de 2022 y junio de 2025, atendidos en el Hospital Núm. 1 Carlos MacGregor del IMSS. Todos fueron evaluados mediante manometría esofágica de alta resolución y pH-metría con impedancia. Se recolectaron variables clínicas, antropométricas, farmacológicas y funcionales. El análisis estadístico incluyó ji cuadrada, prueba de Fisher y correlación de Spearman. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: De los 61 pacientes, 41 (67,2%) fueron mujeres y 20 (32,8%) hombres. El grupo etario más frecuente fue de 61 a 70 años (32,8%). Según el IMC, 23 (37,7%) presentaban sobrepeso y 13 (21,3%) obesidad grado I. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (36,1%), seguida de alteraciones crónicas como artritis reumatoide, EPOC e insuficiencia venosa (18,0%). En cuanto al tratamiento, el 68,9% recibía inhibidores de la bomba de protones (IBP) y el 39,3% procinéticos. En la manometría esofágica, 11 (18,0%) pacientes tenían motilidad inefectiva y 2 (3,3%) esófago hipercontráctil (Tabla 1). La pH-metría con impedancia mostró diagnóstico de ERGE en 35 pacientes (57,4%), pirosis funcional en 11 (18,0%) e hipersensibilidad al reflujo en 11 (18,0%). Se identificó una correlación significativa entre la integral contráctil distal (DCI) y el número total de episodios de reflujo ($p < 0,005$), así como entre alteraciones manométricas y diagnóstico de ERGE por pH-metría ($p < 0,001$). Además, se halló una relación entre la hernia hiatal y la ERGE ($p = 0,0012$).

Conclusiones: Los pacientes con esofagitis de grado A sufren alteraciones funcionales esofágicas relevantes, a pesar de tratarse de una forma leve de la ERGE. Se observó alta frecuencia de motilidad esofágica inefectiva y exposición ácida anormal. Los hallazgos funcionales mostraron correlación significativa, lo que sugiere una interacción entre la motilidad esofágica y el reflujo ácido. En los pacientes con esofagitis de grado A, sobrepeso como factor de riesgo y hallazgo de hernia hiatal en la endoscopia hay más riesgo de presentar ERGE patológica en la pH-metría, respecto de los pacientes que no tienen estos factores; sin embargo, se requieren más estudios con un número de pacientes más grande. El perfil clínico evidenció prevalencia elevada de comorbilidades metabólicas y uso generalizado de IBP, lo cual refleja la carga clínica de esta entidad y su abordaje convencional. La combinación de HRM y pH-metría con impedancia permite una evaluación integral del paciente, con énfasis en la necesidad de protocolos diagnósticos estandarizados que orienten un tratamiento más específico y eficaz.

Financiamiento: Este estudio no se ha patrocinado.

Tabla 1. (Lun276)

Características	n (61 pacientes)	%
Género		
Masculino	20	32,8%
Femenino	41	67,2%
Edad		
19-29	2	3,3%
30-40	6	9,8%
42-50	11	18,0%
51-60	15	24,6%
61-70	20	32,8%
71-80	7	11,5%
IMC		
Bajo peso	2	3,3%
Peso normal	21	34,4%
Sobrepeso	23	37,7%
Obesidad grado I	13	21,3%
Obesidad grado II	1	1,6%

Comorbilidades		
HTA	22	36,1%
DM2	10	16,4%
Hipotiroidismo	9	14,8%
Hiperlipidemias	4	6,6%
Enfermedades cardíacas	3	4,9%
Otras enfermedades	11	18,0%
Cirugías		
Colecistectomía	7	11,5%
Apendicectomía	4	6,6%
Funduplicatura	3	4,9%
Cirugías ginecológicas	16	26,2%
Otras cirugías	42	68,9%
Medicamentos		
Hipoglucémicos	10	16,4%
Antihipertensivos	20	35,4%
Estatinas	3	4,9%
IBP	42	68,9%
Procinéticos	24	39,3%
Levotiroxina	7	11,5%
Diagnósticos manométricos		
Paciente sano	44	72,0%
Acalasia tipos III y I	1	1,6%
Obstrucción de la UEG	1	1,6%
Espasmo esofágico	1	1,6%
Esófago hipercontráctil	2	3,3%
Motilidad esofágica inefectiva	11	18,0%
Diagnósticos de pH-metría		
ERGE	35	57,4%
Pirosis funcional	11	18,0%
Hipersensibilidad al reflujo	11	18,0%
Correlación		
DCI*Número total de reflujos	0,42	P ≤ 0,005
Diagnóstico manométrico patológico *diagnóstico patológico en pH-metría	27,7% vs. 93,0%	P ≤ 0,001
Hernia hiatal*ERGE	68,9% *57,4%	P = 0,0012
Diagnósticos endoscópicos		
Esofagitis "A" de Los Ángeles	61	100%
Gastropatía crónica nodular de cuerpo	4	6,6%
Gastropatía erosiva leve a moderada	17	27,9%
Gastropatía crónica	20	32,8%
Gastropatía congestiva leve de cuerpo y antro	11	18,8%
Bulboduodenopatía erosiva leve	17	27,9%

IMC, índice de masa corporal; HTA, hipertensión arterial sistémica; DM2, diabetes mellitus tipo 2; IBP, inhibidor de la bomba de protones; DCI, integral contráctil distal; UEG, unión esofagogástrica; ERGE, reflujo gastroesofágico.

Fuente: datos extraídos de informes de manometría y pH-metría del Hospital Macgregor, IMSS.