



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 17 de noviembre de 2025

### Esófago

Lun277

#### TEGOPRAZÁN VS. PANTOPRAZOL EN ERGE EROSIVA: PRIMER ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO CON P-CAB EN LATINOAMÉRICA

J. M. Remes-Troche, L. R. Valdovinos-García, M. A. Valdovinos-Díaz, J. L. Vargas-Basurto, R. A. Jiménez-Castillo, H. Barragán, A. R. Bernal-Méndez, C. A. Reyes-Medina, G. V. González-Hernández, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva (ERGE) es una de las principales causas de consulta en gastroenterología. Aunque los inhibidores de la bomba de protones (IBP) han sido el tratamiento estándar, los inhibidores competitivos del potasio ácido (P-CAB), como el tegoprazán, ofrecen un inicio de acción más rápido y una supresión ácida más sostenida. Este estudio representa el primer estudio clínico controlado realizado en México y América Latina que evalúa un P-CAB en la ERGE erosiva, y aporta evidencia regional sobre su eficacia y seguridad.

**Objetivo:** Comparar el tegoprazán de 50 mg frente al pantoprazol de 40 mg en cuanto a mejoría sintomática en la primera semana, calidad de vida, cicatrización endoscópica y valores séricos de gastrina en pacientes con ERGE erosiva.

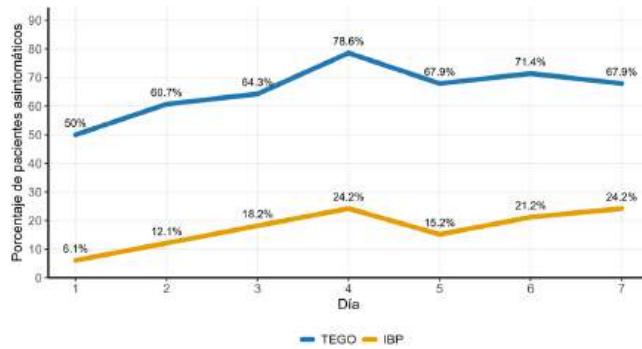
**Material y métodos:** Se incluyó a 62 pacientes con ERGE erosiva confirmada por endoscopia (edad media: 50,2 años; 52% de hombres), aleatorizados para recibir tegoprazán de 50 mg ( $n = 29$ ) o pantoprazol de 40 mg ( $n = 33$ ) durante cuatro semanas. Se evaluaron síntomas diarios, cuestionarios de calidad de vida, cicatrización a los 28 días y valores de gastrina en los días 0, 7, 28 y 35.

**Resultados:** El 82,8% del grupo de tegoprazán experimentó mejoría significativa de síntomas a los siete días, en comparación con el 30,3% en el grupo de pantoprazol ( $p < 0,01$ ). Desde el día 1, el tegoprazán mostró mayores tasas de pacientes asintomáticos (día 4: 78,6% vs. 24,2%, Figura 1). La mejoría en calidad de vida fue mayor con el tegoprazán ( $19,5 \pm 19,9$  vs.  $8,1 \pm 23,2$ ;  $p = 0,04$ ). La tasa de cicatrización fue del 100% con tegoprazán y del 83% con pantoprazol. Las cifras de gastrina aumentaron en ambos grupos de forma similar, con regreso a sus valores basales.

**Conclusiones:** El tegoprazán de 50 mg demostró una respuesta clínica más rápida, mayor efecto en la calidad de vida, tasa de cicatrización superior y perfil de seguridad adecuado, y se ha posicionado como una alternativa terapéutica eficaz en ERGE erosiva en esta región.

**Financiamiento:** Los autores declaran que este trabajo recibió apoyo de Carnot laboratorios, México.

Figura 1. Porcentaje de pacientes asintomáticos durante los primeros siete días de tratamiento con tegoprazán y pantoprazol. (Lun277)



Lun278

#### DESEMPEÑO DIAGNÓSTICO Y VALOR CLÍNICO DE LA RESPUESTA A TEGOPRAZÁN COMO PRUEBA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ERGE (ANÁLISIS INTERINO DEL ESTUDIO CLÍNICO FASE IV TEGO-TEST, ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO PC-ECI-GAS-001-2024)

L. R. Valdovinos-García, J. L. Vargas-Basurto, R. A. Bernal-Méndez, H. H. Barragán-Córdova, C. Reyes-Medina, G. V. González-Hernández, M. A. Valdovinos-Díaz, E. Coss-Adame, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana; Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es motivo de consulta frecuente en gastroenterología y el diagnóstico requiere estudios invasivos. La prueba con inhibidores de la bomba de protones (IBP) se ha utilizado para sugerir el diagnóstico. Un metaanálisis publicó una sensibilidad agrupada de 78% o 68%, y una especificidad agrupada de 54% o 46%.

Los bloqueadores competitivos de potasio (P-CAB), como el tegoprazán, que inducen una supresión ácida más rápida y sostenida desde la primera dosis, pueden usarse como prueba diagnóstica de ERGE.

**Objetivo:** Evaluar el desempeño diagnóstico y la utilidad clínica del tegoprazán como prueba terapéutica para el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), y comparar su precisión con un estándar de referencia compuesto por endoscopia y pH-metría de 24 horas.

**Material y métodos:** Éste es un análisis interino del estudio Tego-TEST. Se analizó de forma prospectiva a 27 pacientes con síntomas indicativos de ERGE, a quienes se les realizó una prueba terapéutica con tegoprazán de 50 mg diarios por 14 días. La respuesta clínica se evaluó mediante el cuestionario GERD-Q, aplicado en el día 0 (basal), a la semana (día 7 de tratamiento) y a las dos semanas (día 15 de tratamiento). Se definió como "prueba terapéutica positiva" una reducción > 50% de la puntuación total de GERD-Q entre la visita basal y la semana dos. El comparador diagnóstico como estándar de referencia fue una combinación jerárquica de endoscopia y pH-metría de 24 h; una endoscopia con esofagitis de grados B, C o D de Los Ángeles es diagnóstica de ERGE y una pH-metría de 24 h con tiempo de exposición ácida > 6% se consideró diagnóstica. Se construyó una tabla 2 × 2 para calcular sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos (VP), razones de verosimilitud y concordancia.

**Resultados:** La edad media fue de 49,7 años (DE: 12,8; intervalo, 24-72), con 19 (70,4%) mujeres y 8 (26,9%) hombres. No se identificaron diferencias relevantes en la respuesta terapéutica ni en la confirmación diagnóstica, según sexo o grupo etario, aunque el tamaño muestral limitado restringe el poder estadístico para comparaciones entre subgrupos. Se obtuvo una S de 84,6% (IC95%, 55,5-97,3), E de 78,6% (IC95%, 49,2-95,3), VPP de 78,6% (IC95%, 49,2-95,3), VPN de 84,6% (IC95%, 55,5-97,3). Las razones de verosimilitud fueron: (LR<sup>+</sup>) 3,95 y (LR<sup>-</sup>) 0,20. La exactitud global fue de 81,5% (IC95%, 63,3-91,8%). Véase la Tabla 1.

**Conclusiones:** El tegoprazán, al utilizar como criterio una reducción > 50% de la puntuación GERD-Q tras dos semanas de tratamiento, muestra un desempeño diagnóstico robusto. Desde la perspectiva clínica, un valor predictivo negativo (VPN) de 84,6% respalda el uso de la prueba terapéutica como herramienta para excluir ERGE en pacientes con sospecha clínica. Una prueba negativa debería llevar al médico a considerar otros diagnósticos diferenciales, como los trastornos funcionales y avanzar hacia estudios diagnósticos como endoscopia o pH-metría. La LR<sup>+</sup> de 0,20 es útil para descartar con confianza la enfermedad ante una prueba negativa. Estos valores superan los notificados para IBP en los estudios previos. Aunque la muestra del presente análisis es limitada ( $n = 27$ ), la exactitud global fue de 81,5% (IC95%, 63,3-91,8%), y la precisión de los estimadores se mantiene dentro de márgenes aceptables para estudios preliminares. En conjunto, los hallazgos sustentan el uso del tegoprazán como una estrategia diagnóstica empírica válida que sugiere el diagnóstico de ERGE y puede reducir el uso innecesario de estudios invasivos, y mejorar la eficiencia en la toma de decisiones clínicas.

**Financiamiento:** Estudio patrocinado por Carnot Laboratorios.

**Tabla 1.** Tabla 2 × 2 que muestra la concordancia entre la prueba terapéutica con tegoprazán (50 mg/día por 14 días) y el estándar diagnóstico compuesto (esofagitis erosiva B-D de Los Ángeles o pH-metría de 24 h con exposición ácida > 6%) en pacientes con sospecha de ERGE. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valores predictivos, razones de verosimilitud y exactitud global con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. (Lun278)

	Prueba terapéutica positiva	Prueba terapéutica negativa
Estándar de oro positivo	11 (VP)	2 (FN)
Estándar de oro negativo	3 (FP)	11 (VN)

## Lun279

### HIPERTONÍA DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR COMO MECANISMO DE BARRERA ANTIRREFLUJO

S. Zavala-Villegas, Y.N. Varela-Martínez, G. Morales-Osorio, N. Guzmán-Rodríguez, C. L. Valdez-Contreras, J. I. Carrillo-Rojas, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** El esfínter esofágico superior (EES) es una estructura muscular localizada entre la faringe y el esófago proximal, compuesta principalmente

por músculo estriado del cricofaríngeo y fibras del músculo constrictor inferior y esofágico proximal. En reposo, mantiene presión basal (34-104 mmHg), lo que evita el paso retrógrado del contenido esofagogastrico hacia la faringe y las vías respiratorias. Se relaja de forma transitoria durante deglución, eructo y vómito. La hipertonia del EES podría actuar como mecanismo compensatorio cuando el esfínter esofágico inferior (EEI) es incompetente, como en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Este estudio evaluó la relación entre la presión basal del EES y la gravedad del reflujo gastroesofágico o laringofaríngeo.

**Objetivo:** Analizar la relación entre la presión basal del EES y la presencia de reflujo gastroesofágico y reflujo laringofaríngeo.

**Material y métodos:** Estudio transversal en pacientes con síntomas esofágicos y extraesofágicos de ERGE, de enero a diciembre de 2024, en un hospital de tercer nivel evaluados mediante manometría esofágica de alta resolución e impedancia/pH-metría ambulatoria de 24 h. Se incluyó a adultos mayores de 18 años con los síntomas mencionados. Se excluyó a aquéllos con antecedentes quirúrgicos esofágicos/faringeos o trastornos motores mayores.

**Resultados:** Se incluyó a 51 pacientes: 42 (82,4%) mujeres y 9 (17,6%) hombres. El 82% tenía sobrepeso u obesidad, y 25% refirió tabaquismo activo. El 72% presentó síntomas típicos de ERGE y el 100% tuvo al menos un síntoma extraesofágico. Los más frecuentes fueron: tos (76,5%), globus faríngeo (19,6%), disfonía (39,2%) y aclaramiento vocal (7,8%). Se documentó hernia hiatal por endoscopia en 28 (54,9%) pacientes, aunque sólo el 31,4% se confirmó por manometría esofágica. El diagnóstico de ERGE se estableció en 17 (33,3%) pacientes mediante impedancia/pH-metría; 21,6% mostró hipersensibilidad al reflujo y 45,1% pirosis funcional. La media de la presión del EES fue de 91,1 mmHg. El tono fue normal en 30 pacientes (58,8%), bajo en 1 (2%) e hipertónico en 20 (39,2%). No se encontró correlación entre el tono del EES y la presencia de ERGE. Sin embargo, los pacientes con globus faríngeo mostraron mayores presiones del EES (media de 117 mmHg), y el 19% de ellos registró hipertonia.

**Conclusiones:** La hipertonia del EES no se relacionó directamente con la ERGE, lo cual sugiere que su función podría no ser meramente un reflejo protector frente al reflujo ácido. En pacientes con globus faríngeo, la hipertonia del EES podría reflejar una alteración sensitivo-motora faringoesofágica relacionada con mecanismos del eje cerebro-intestino o aumento del tono simpático. Estos hallazgos resaltan la necesidad de considerar intervenciones con neuromoduladores y tratamientos dirigidos a la relajación muscular en pacientes con síntomas extraesofágicos persistentes.

**Financiamiento:** No se obtuvo financiamiento.

## Lun280

### CAPACIDAD DEL PUNTAJE MANOMÉTRICO DE MILÁN PARA PREDECIR ERGE EN LA POBLACIÓN MEXICANA

I. A. González-Lozano, M. J. Sánchez-Otero, G. A. Torres-Barrera, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario de Monterrey

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno altamente prevalente en México que afecta en grado significativo la calidad de vida de los pacientes. La puntuación manométrica de Milán es una herramienta diagnóstica prometedora, pero su capacidad predictiva no se ha validado en la población mexicana.

**Objetivo:** Evaluar la capacidad predictiva de la puntuación manométrica de Milán para el diagnóstico de ERGE en pacientes mexicanos que acuden a la consulta de gastroenterología.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo en pacientes con sospecha de ERGE que acudieron al servicio de gastroenterología durante el período de enero de 2024 a febrero de 2024. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con síntomas indicativos de ERGE. Se realizó a los pacientes manometría esofágica de alta resolución y pH-metría de 24 h. Se calcularon la puntuación de Milán para cada paciente y su sensibilidad, especificidad, valores predictivos y área bajo la curva ROC para el diagnóstico de ERGE. Se utilizó el programa SPSS v.26 para el análisis estadístico. Un valor  $p < 0,05$  se consideró significativo.

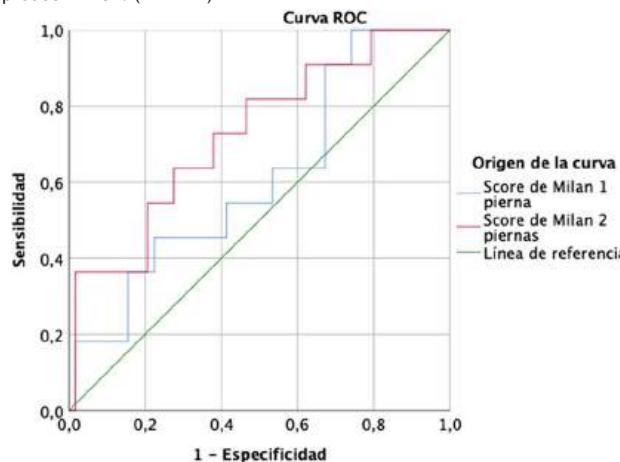
**Resultados:** Se incluyó a 69 pacientes con edad media de  $53,32 \pm 14,49$  años, de los cuales la mayoría correspondió a mujeres (69,6%). El cuestionario GERDQ mostró una probabilidad moderada a elevada de ERGE en 64,2% de los pacientes. La manometría de alta resolución reveló un IC-UEG de  $25,46 \pm 16,87$  mmHg con calificaciones de Milán promedio de  $133,39 \pm 59,60$  para una pierna y  $151,04 \pm 49,05$  para dos piernas. La pH-metría mostró síntomas clínicamente significativos en 65,2% de los casos. La incidencia de

ERGE fue de 15,9%. El análisis de curvas ROC registró un área bajo la curva (AUC) de 0,611 de la calificación de Milán de una pierna y de 0,726 para dos piernas para predecir ERGE. Para un punto de corte de 177 (el mejor encontrado), la calificación de Milán de dos piernas reveló mejor rendimiento diagnóstico (sensibilidad de 63,64%, especificidad de 72,41%) que el de una pierna (sensibilidad de 45,45%, especificidad de 77,59%) (**Figura 1**).

**Conclusiones:** La puntuación manometrífica de Milán con elevación de dos piernas tuvo una capacidad predictiva moderada para ERGE, superior a la maniobra de una pierna, con mejor sensibilidad y valor predictivo negativo, aunque con limitada especificidad y valor predictivo positivo.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

Figura 1. Curva ROC sobre la capacidad de la puntuación de Milán para predecir ERGE. (Lun280)



## Lun281

### CARACTERÍSTICAS POR MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PH-METRÍA CON IMPEDANCIA Y MANOMETRÍA ESOFÁGICA PARA CLASIFICAR A LOS PACIENTES CON ERGE “ACCIONABLE” CANDIDATOS A TRATAMIENTO INVASIVO DEL REFLUJO SEVERO

M. I. Astudillo-Delgado, S. M. I. Mejía-Loza, A. Díaz-García, R. Vázquez-Pérez, J. I. Mazadiego-Cid, C. A. Oviedo-Garza, E. A. San Vicente-Parada, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) “accionable”, según el consenso de Lyon 2.0, se define por la evidencia objetiva de reflujo y síntomas consistentes que justifican una escalada del tratamiento. La ERGE grave se caracteriza por un tiempo de exposición al ácido (TEA) > 10%, lo cual se vincula con mayor riesgo de complicaciones y puede justificar

escalar el tratamiento hacia modalidades invasivas. La presencia combinada de criterios objetivos de pH-metría y manometría esofágica de alta resolución (HREM), como unión esofagogastrica (UEG) ≥ 3 cm, > 80 episodios de reflujo en 24 horas, relación con síntomas positivos (SAP+) (> 95%), TEA en supino > vertical, y alteración de la reserva esofágica, permite seleccionar a los sujetos con ERGE grave que se benefician significativamente de la cirugía antirreflujo o tratamiento endoscópico.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de pacientes con ERGE “accionable” elegibles para tratamiento invasivo de tipo quirúrgico y endoscópico, según las características funcionales y de manometría esofágica.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo descriptivo en 354 pacientes con vigilancia mediante pH-impedancia y manometría esofágica de alta resolución (HREM). De ellos, 122 mostraron síntomas consistentes y TEA > 6%, y 75 registraron TEA > 10% (ERGE grave). Éstos se estratificaron por el tipo de unión esofagogastrica (UEG) y criterios funcionales adicionales: > 80 episodios de reflujo, relación positiva de síntomas (SAP+), TEA supino mayor que en posición vertical y presencia de reserva esofágica. El tipo de UEG y la reserva se evaluaron mediante HREM; las variables funcionales se midieron con pH-impedancia. Se construyeron tablas de contingencia para comparar los subgrupos según su condición anatómica y la presencia de criterios clínicos, lo que permitió determinar la proporción de pacientes inicialmente elegibles para tratamiento que se clasificaron como aptos para intervención mediante criterios funcionales. No se utilizaron pruebas estadísticas inferenciales, dado que el objetivo fue caracterizar la población y calcular proporciones clínicas relevantes. El análisis se realizó en el programa Stata/BE 19.0.

**Resultados:** De los 75 pacientes con ERGE grave, 29 tenían UEG tipo 3 y se consideraron elegibles para cirugía por tener hernia hiatal. Los 46 restantes (tipos 1 y 2) se evaluaron con criterios funcionales: 22 tuvieron > 80 episodios de reflujo, 45 fueron SAP+, 28 presentaron TEA supino > vertical; y 40 mostraron reserva esofágica; el resto mostró ausencia de reserva esofágica, maniobras inválidas o no realizadas (**Tabla 1**).

**Conclusiones:** La inclusión de criterios funcionales permitió identificar a sujetos aptos para intervención más allá de los criterios anatómicos habituales. Evaluar la reserva esofágica puede ayudar a predecir el riesgo de disfagia posfunduplicatura. Esto evidencia la utilidad de una valoración integral que combine parámetros morfológicos y fisiopatológicos para una mejor toma de decisiones terapéuticas.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

## Lun282

### PREDICTORES MANOMÉTRICOS PREOPERATORIOS DE RESPUESTA CLÍNICA Y DISFAGIA POSOPERATORIA EN PACIENTES CON ERGE SOMETIDOS A FUNDUPPLICATURA LAPAROSCÓPICA: ESTUDIO EXPLORATORIO EN POBLACIÓN MEXICANA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. A. Aguado-Valerio, L. D. Valdez-Vega, R. García-Santiago, C. Morales-Limón, R. Estupiñán-Martínez, F. Montoya-Ruiz, D. A. Olivares-González, R. A. Cruz-Nieves, Instituto Mexicano del Seguro Social, HES Puebla

Tabla 1. Frecuencia de pacientes con ERGE según un TEA > 10% elegibles para tratamiento invasivo. Características funcionales por pH-metría y HREM para clasificar a los pacientes con ERGE grave aptos para tratamiento invasivo quirúrgico y endoscópico. Los resultados se expresaron mediante frecuencia absoluta y relativa. La frecuencia relativa (%) se tomó respecto del total de pacientes con ERGE grave (n = 75). (Lun281)

Criteria/grupo	Tipo de unión 1	Tipo de unión 2	Tipo de unión 3	Total
Pacientes con TEA > 10%	31 (41,3)	15 (20)	29 (38,6)	75 (100)
Elegibles iniciales para cirugía	-	-	29 (38,6)	29 (38,6)
Criterios adicionales:				
- Episodios > 80	10 (13,3)	4 (5,3)	8 (10,6)	22 (29,3)
- SAP +	17 (22,6)	10 (13,3)	18 (24)	45 (60)
- TEA supino > vertical	13 (17,3)	3 (4)	12 (16)	28 (37,3)
MRS/DCI:				
- Reserva (+)	17 (22,6)	9 (12)	14 (18,6)	40 (53,3)
- Sin reserva	6 (8)	1 (1,3)	6 (8)	13 (17,3)
- Maniobra no válida	6 (8)	0 (0)	4 (5,3)	10 (13,3)
- Maniobra no realizada	2 (2,6)	4 (5,3)	6 (8)	12 (16)

**Introducción:** La funduplicatura laparoscópica es un tratamiento eficaz para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) resistente. No obstante, la respuesta clínica y la incidencia de disfagia posoperatoria presentan variabilidad considerable. La manometría esofágica de alta resolución (MAR) permite caracterizar con detalle la motilidad esofágica y se ha propuesto como herramienta potencial para predecir desenlaces clínicos. Sin embargo, su valor pronóstico en la práctica cotidiana y su aplicabilidad en escenarios reales permanecen poco definidos.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre parámetros manométricos esofágicos preoperatorios obtenidos mediante manometría de alta resolución y la evolución clínica posoperatoria, en términos de control sintomático global, calidad de vida (cuestionario GERD-HRQL) y presencia de disfagia en pacientes con ERGE sometidos a funduplicatura laparoscópica.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo y transversal que incluyó a pacientes  $\geq 18$  años con ERGE documentada por endoscopia o pH-metría, sometidos a funduplicatura laparoscópica (Nissen, Nissen Floppy o Toupet) en un hospital de tercer nivel (Puebla, México) entre 2023 y 2024. Se excluyeron los trastornos graves de motilidad (acalasia, contractilidad ausente, espasmo distal), proceso maligno, hernia hiatal grave y cirugías mayores previas de esófago. La MAR preoperatoria se realizó con base en Chicago v4.0 y se registraron presión basal del EEI, presión integrada de relajación (IRP), latencia distal (DL) y DCI primario, secundario y multitrigo. La evaluación clínica se llevó a cabo  $\geq 6$  meses posoperatorios mediante llamada telefónica y aplicación del cuestionario GERD-HRQL. La disfagia se definió como puntuación  $\geq 2$  en el ítem específico de disfagia. La satisfacción global se categorizó como satisfecho, neutral o insatisfecho. Se aplicaron pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk). Las variables normales se analizaron con t de Student y correlación de Pearson; las no paramétricas con U de Mann-Whitney y Spearman. Se utilizó SPSS v29.0 y se consideró significancia una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 23 pacientes con ERGE sometidos a funduplicatura (73,9% Nissen, 17,4% Nissen floppy, 8,7% Toupet). La mediana de seguimiento fue de 10 meses. El 78,3% refirió satisfacción clínica global, mientras que 21,7% señaló persistencia significativa de síntomas. La disfagia posoperatoria estuvo presente en 26% de los casos. En el análisis global no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los parámetros manométricos preoperatorios (presión basal del EEI, IRP, DCI, latencia distal e índice de contracción distal) y la presencia de disfagia o el grado de satisfacción clínica. Tampoco se observaron correlaciones significativas entre estos parámetros y las puntuaciones totales del cuestionario GERD-HRQL. En el análisis estratificado por tipo de funduplicatura, las tendencias observadas no alcanzaron significancia estadística debido al tamaño limitado de la muestra.

**Conclusiones:** En esta cohorte, la mayoría de los pacientes sometidos a funduplicatura laparoscópica refirió adecuada satisfacción clínica y bajas puntuaciones de disfagia en el seguimiento. No se identificaron relaciones significativas entre los parámetros manométricos prequirúrgicos y la evolución sintomática o la calidad de vida. Estos hallazgos, en un escenario de práctica real, sugieren que la manometría de alta resolución debe considerarse como una herramienta de apoyo más que como un predictor único de los desenlaces clínicos. Los estudios de mayor tamaño muestral podrán definir con precisión su utilidad pronóstica.

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió financiamiento.

## Lun283

### MALNUTRICIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUEVE CASOS

E. M. Ramírez-Rangel, M. G. Rojas-Loureiro, A. D. Flores-Loredo, M. R. Zavala-Solares, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro, Hospital Ángeles Centro Sur

**Introducción:** La disfagia orofaringea (DO) es un síntoma clínico, definido por la dificultad para desplazar efectivamente el bolo alimentario de la boca al esófago. Es una alteración de alta prevalencia que afecta al 13% de la población  $\geq 65$  años y al 51% de los adultos mayores institucionalizados. Su frecuencia aumenta conforme a la edad y la fragilidad, debido a que el envejecimiento causa cambios en los mecanismos neurales y musculares de la deglución. También se relaciona con enfermedades neurológicas, como la enfermedad de Parkinson que posee una prevalencia de DO de 15 a 82%. La DO eleva el riesgo de desnutrición, una complicación que se vincula con pérdida de la masa y función muscular, y que en personas mayores contribuye al ciclo de sarcopenia-DO-desnutrición. Ésta es una consecuencia poco

detectada, explorada y tratada, posiblemente debido a la escasa atención multidisciplinaria. El índice de masa corporal (IMC) es una medida útil para evaluar el estado nutricional. Por ello es relevante describir las características clínicas de pacientes con DO y bajo IMC, así como los diagnósticos relacionados, para orientar futuras investigaciones y abordajes clínicos.

**Objetivo:** Analizar el índice de masa corporal (IMC) bajo como medida de desnutrición, en pacientes con disfagia orofaringea, con el fin de describir sus características sociodemográficas y antropométricas; y, de acuerdo con el tipo de diagnóstico relacionado, explorar las posibles diferencias.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo en adultos, mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de disfagia orofaringea, un IMC  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  y al menos un diagnóstico clínico relacionado. Los datos se expresaron como frecuencias y medidas de tendencia central acorde a las características de las variables. Se compararon los grupos mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Un valor de  $p < 0,05$  se consideró significativo.

**Resultados:** Se incluyó a nueve pacientes con DO y bajo IMC ( $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ). La mediana de edad de la muestra fue de 70 años (RIC: 47-78,5). El 77,8% correspondió a mujeres ( $n = 7$ ) y el 22,2% a hombres ( $n = 2$ ). El diagnóstico relacionado más frecuente fue la enfermedad de Parkinson (18,18%). Otros diagnósticos observados fueron: esclerosis múltiple, demencia cognitiva, trastorno neurológico funcional, COVID-19, candidiasis esofágica, esclerodermia, artritis reumatoide y diabetes mellitus tipo 2, cada uno con una frecuencia de 9,09%. Algunos pacientes presentaron más de un diagnóstico. Los datos de peso e IMC por grupo de DO se detallan en la Tabla 1. No se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre ellos de dichas variables. En cuanto a la distribución por sexo, únicamente el grupo neurológico incluyó tanto a mujeres como a hombres, mientras que el resto de los grupos se integró sólo con mujeres.

**Tabla 1.** Datos demográficos, peso e IMC por grupo con DO. Las medidas de tendencia central se expresan como mediana (RIC). (Lun283)

	Neurológico (n = 5)	Autoinmune (n = 2)	Otros diagnósticos (infeccioso, anatómico-estructural) (n = 2)
Mujeres, n (%)	3 (44,44%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)
Hombres, n (%)	2 (22,22%)	-	-
Edad, mediana años (intervalo)	74 (60-84)	57 (48-66)	30
Peso, mediana kg (intervalo)	43 (39,5-50)	42,5 (40-45)	42,75 (38,5-47)
IMC, mediana (intervalo)	16,8 (15,52-17,4)	18,03 (17,77-18,3)	17,1 (15,8-18,4)

**Conclusiones:** En esta serie de casos se observó que el diagnóstico relacionado con DO y desnutrición más frecuente fue la enfermedad de Parkinson, como parte del grupo de diagnóstico neurológico. Aunque no se identificaron relaciones estadísticamente significativas por el tamaño de muestra, estos hallazgos señalan la importancia de evaluar de forma integral a los pacientes con DO para evitar este tipo de complicaciones. Se sugiere realizar dichas comparaciones con muestras más grandes en busca de algún patrón clínico.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

## Lun284

### PREVALENCIA DE TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO EN PACIENTES CON DISFAGIA ESOFÁGICA NO OBSTRUCTIVA

C. A. Munguía-Lares, J. I. Carrillo-Rojas, F. D. García-García, G. Morales-Osorio, Y. N. Varela-Martínez, K. A. Miyagi-Adame, K. F. Núñez-Román, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** La disfagia es un síntoma caracterizado por la sensación de dificultad del paso del alimento desde la boca hasta el estómago y se considera no obstructiva cuando se excluyen por endoscopia anomalías estructurales e inflamatorias. Los trastornos de la motilidad esofágica son la causa principal de la disfagia no obstructiva y requieren manometría esofágica de alta resolución (MAR) para su diagnóstico. A pesar de realizar un abordaje diagnóstico

exhaustivo, en algunos pacientes no se documenta una causa y se clasifican como disfagia funcional de acuerdo con los criterios de Roma IV; esta entidad no se explica por trastornos estructurales, lesiones mucosas, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica o alteraciones motoras. Para su diagnóstico es necesaria la endoscopia del tracto digestivo superior con toma de biopsias de esófago, pH-metría y MAR, y debe cumplir el criterio de temporalidad.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de los trastornos motores del esófago en pacientes con disfagia esofágica no obstructiva en una población mexicana.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo en el que se determinó la prevalencia de los patrones manométricos relacionados con disfagia no obstructiva. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, endoscópicos y manométricos; las variables se resumieron mediante estadística descriptiva y se realizaron comparaciones mediante  $\chi^2$ , t de Student o U de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 251 pacientes, 84 (34%) hombres y 167 (66%) mujeres, con una edad media de  $55,2 \pm 14,3$  años y una media de índice de masa corporal de  $25,9 \pm 4,5$  kg/m<sup>2</sup>. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica (25%), diabetes tipo 2 (13%) e hipotiroidismo (6%). El síntoma acompañante más frecuente fue regurgitación en 32%, seguida por pirosis en 30%. El 53% de los pacientes evaluados tuvo motilidad esofágica normal. El resto de los patrones encontrados tenía acalasia tipo II en 20%, motilidad esofágica inefectiva en 10%, acalasia tipo I en 9%, contractilidad ausente en 4%, acalasia tipo III en 3%, esófago hipercontractil en 1%, espasmo esofágico distal y obstrucción del tracto de salida de la UEG en 0% (Figura 1).

**Conclusiones:** La motilidad esofágica normal fue el hallazgo más común en pacientes con disfagia esofágica no obstructiva, seguida de acalasia tipo II y motilidad esofágica inefectiva. El sexo femenino se relacionó significativamente con la presencia de patrones manométricos anormales.

**Financiamiento:** Ninguno.

Figura 1. Prevalencia de hallazgos manométricos. (Lun284)



## Lun285

### DETERMINANTES MANOMÉTRICOS DE DISFAGIA PERSISTENTE EN PACIENTES POSOPERADOS CON MIOTOMÍA DE HELLER SECUNDARIO A ACALASIA EN LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IMSS PUEBLA

R. Milán-Aguirre, E. I. González-Bravo, S. Herrera-Gómez, F. Montoya-Ruiz, R. Estupiñán-Martínez, L. A. Castillón-Carbajal, M. A. Armenta-Olivas, J. A. Aguado-Valerio, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS Puebla

**Introducción:** La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica caracterizado por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) y la ausencia de peristalsis en el cuerpo esofágico. La miotomía de Heller es un tratamiento quirúrgico eficaz; sin embargo, un porcentaje de pacientes experimenta persistencia de disfagia posoperatoria. La manometría esofágica de alta resolución (MAR) permite una evaluación detallada de la función esofágica y puede aportar información sobre los mecanismos subyacentes de la disfagia persistente.

**Objetivo:** Evaluar los hallazgos de MAR en pacientes con acalasia que presenten disfagia persistente después de la miotomía de Heller e identificar factores vinculados con la disfagia posoperatoria.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, homodémico y unicéntrico en los pacientes que acudieron a consulta al

servicio de gastroenterología y cirugía general con diagnóstico de acalasia sometidos a tratamiento quirúrgico con miotomía de Heller con persistencia de síntomas de disfagia para determinar los hallazgos por manometría de alta resolución.

**Resultados:** Se analizó a 22 pacientes con disfagia persistente posterior a miotomía de Heller más funduplicatura. La mayoría correspondía a acalasia tipo II (77,3%). El valor medio del IRP posquirúrgico fue de 10,5 mmHg (DE ± 15,1), y el 18,2% de los pacientes registró IRP anormal ( $> 15$  mmHg). El porcentaje de presurizaciones tuvo una mediana de 25% (intervalo, 0-100%). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el IRP ni en el porcentaje de presurizaciones al comparar a grupos de gravedad de disfagia según la puntuación de Eckardt ( $p > 0,05$ ). Tampoco se observó correlación significativa entre estos hallazgos manométricos y la puntuación de disfagia (Spearman rho < 0,25). Se evidenció una tendencia descriptiva a mayor IRP y presurización en pacientes con disfagia más grave y en aquéllos con acalasia tipo II. Estos hallazgos sugieren que la disfagia residual podría depender de múltiples factores.

**Conclusiones:** En esta cohorte no se identificó una relación estadísticamente significativa entre los hallazgos manométricos posquirúrgicos y la gravedad de la disfagia residual. La mayoría de los pacientes registró valores de IRP dentro de límites normales, lo que sugiere que la relajación incompleta del EEI no constituye el principal mecanismo de disfagia persistente en este contexto. Se observaron tendencias descriptivas hacia un mayor IRP y porcentaje de presurizaciones en los casos con disfagia más grave y en pacientes con acalasia tipo II, lo que podría reflejar la participación de otros factores fisiopatológicos, como la aperistalsis propia de la acalasia, alteraciones de fibrosis posquirúrgica o hipersensibilidad esofágica. Estos hallazgos aportan información valiosa sobre la caracterización manométrica de la disfagia posoperatoria y destacan la necesidad de estrategias diagnósticas más integrales que consideren distintos mecanismos funcionales en su origen.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun286

### FRECUENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO EROSIVA DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE LYON 2.0

D. L. Granados-Espinosa, M. A. González-Martínez, N. X. Ortiz-Olvera, K. P. Sandoval-Mosqueda, B. Morales-Cruz, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es el cuarto motivo de consulta en gastroenterología en Estados Unidos, con una prevalencia registrada hasta de 30%. En México se realizó el estudio SIGUUME 2 en el que se documentó una prevalencia del 10 al 20% con un predominio en el sexo femenino en el 61% de los casos. El consenso de Montreal define ERGE como el ascenso del contenido gástrico hacia el esófago que causa síntomas o lesiones esofágicas. Según el consejo de Lyon 2.0, el diagnóstico de ERGE requiere evidencia concluyente mediante endoscopia o vigilancia de reflujo en presencia de síntomas consistentes. La enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva (ERNE) se evidencia en un paciente sin lesiones esofágicas endoscópicas que tiene alteraciones en la vigilancia del pH esofágico. La pH-metría es el estándar de oro para el diagnóstico de ERGE. El criterio para una evidencia concluyente en una vigilancia del pH esofágico es el tiempo de exposición al ácido (TEA), el cual se considera normal si es menor de 4% y anormal si es mayor de 6%. En Roma IV se incluyeron trastornos en pacientes con pirosis y hallazgos endoscópicos normales, entre los cuales figuraron la hipersensibilidad al reflujo (HR) y la pirosis funcional (PF); la principal característica de estos trastornos es su aparición en pacientes con exposición al ácido esofágico normal.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de ERNE de acuerdo con los criterios de Lyon 2.0

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de prueba diagnóstica basado en una cohorte retrospectiva de pacientes con sospecha de ERGE evaluados en el Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, entre mayo de 2024 y mayo de 2025. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con síntomas indicativos de ERGE, sometidos a medición de pH-metría de 24 horas y que no recibieron tratamiento con inhibidores de la bomba de protones siete días antes del procedimiento, que contaran con una panendoscopia que descartara esofagitis erosiva. De estos pacientes se recopilaron características demográficas, somatométricas, endoscópicas, manométricas, histológicas y de la vigilancia del pH.

Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y relativas, y las variables cuantitativas con media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIC) de acuerdo con su distribución.

**Resultados:** Se identificó un predominio del sexo femenino con el 77,9% (232), y una mediana de edad de 55 años (45-63); el 15,7% (47) de los pacientes refirió antecedente de DT2 y el 18,7% (56) de HAS; en cuanto al IMC, se encontró una media de 26,4 ( $DE \pm 4,5$ ) y la mayoría (39,9%, 119) tenía sobrepeso. De los hallazgos encontrados en la pH-metría se registró una mediana en el valor de TEA de 2,3 (0,7-6,3), una mediana de episodios de reflujo de 49,5 (34-71), una mediana de DeMester de 10,7 (4,1-23,6) y una mediana de IBN de 2 290 (1 367-3 280). Con estos hallazgos, la población se integró en los siguientes diagnósticos: pH-metría normal en 18,1% (54), ERNE en 27,2% (81) de los pacientes, no concluyente en 11,4% (34%), pirosis funcional en 37,6% (112), e hipersensibilidad al reflujo en 4% (12). Los hallazgos más frecuentes en los estudios de endoscopia superior fueron gastropatía en 80,9% (241), hiato incompetente en 20,5% (61), esofagitis grado A en 22,5% (67). La manometría esofágica señaló unión esofagogastrica tipo II en 19,5% (29), motilidad esofágica inefectiva en 12,8% y el hallazgo histopatológico más frecuente fue la gastritis crónica relacionada con *H. pylori* en 40% (8) (Tabla 1).

**Conclusiones:** Se registró una frecuencia de ERNE de acuerdo con los criterios de Lyon 2,0 de 27,2%.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Lun287

### PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS ELEMENTOS DEL PUNTAJE ENDOSCÓPICO DE CARS EN LA DETECCIÓN DE ACALASIA

L. Santoyo-Fexas, R. A. Jiménez-Castillo, J. C. Jiménez-Castillo, Z. P. Álvarez-Tiburcio, G. Torres-Barrera, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, J. M. Remes-Troche, Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** El retraso diagnóstico en la acalasia es reconocido a nivel mundial, con un promedio un retraso calculado de dos años. En la actualidad, el diagnóstico de acalasia se establece mediante manometría esofágica de alta resolución, pero pocos centros tienen acceso a este instrumento. En 2024 se desarrolló la puntuación endoscópica de CARS (*Contents, anatomy, resistance and stasis*). Éste pretende orientar el diagnóstico de acalasia desde la endoscopia y en consecuencia disminuir su retraso. Una puntuación  $\geq 4$  tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 72% para el diagnóstico de acalasia; sin embargo, la precisión diagnóstica de cada elemento dentro de la puntuación de CARS se desconoce.

**Objetivo:** Documentar la precisión diagnóstica de cada elemento de la puntuación de CARS en el diagnóstico de acalasia.

**Material y métodos:** Se incluyó de manera retrospectiva a 60 pacientes que acudieron a atención médica por disfagia esofágica a sólidos, líquidos o ambos. Los pacientes acudieron al Hospital Universitario José E. González de Monterrey, Nuevo León, México o al Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de Veracruz, México, entre septiembre de 2024 y junio de 2025. Se incluyó a pacientes que contaran con un expediente clínico, informes de endoscopia y de manometría completos. Se excluyó a los sujetos que no contaran con los cuatro elementos de la puntuación plasmados en el informe de endoscopia. El diagnóstico definitivo se realizó de acuerdo con la clasificación de Chicago 4.0 y se obtuvo del informe de manometría. La comparación entre variables numéricas se efectuó mediante la prueba de ANOVA. Se condujo un análisis de la curva *receiver operating characteristic* (ROC) para determinar cuál de los cuatro elementos de la puntuación de CARS predice con mayor exactitud el diagnóstico de acalasia.

**Resultados:** Se incluyó a 60 pacientes que tuvieron una mediana de edad de 54 años (intervalo, 44-64) y 42 (70,0%) eran mujeres. La mediana de duración de los síntomas antes del diagnóstico fue de 6 meses (intervalo, 2-12). El diagnóstico más frecuente en esta cohorte fue acalasia tipo II en 24 (40%) pacientes, seguido de peristalsis normal en 21 (35%), acalasia tipo I en 9 (15%), acalasia tipo III en 3 (5%), peristalsis ausente en 2 (3%) y motilidad esofágica inefectiva en 1 (1,7%). Al obtener la media del total de la puntuación de CARS por grupo diagnóstico, la media de acalasia tipo I fue de 4,77 ( $\pm DE: 1,48$ ), la de acalasia tipo II de 3,69 ( $\pm DE: 1,81$ ), acalasia tipo III de 0,0 ( $\pm DE: 0,0$ ) y el resto de 0,0 ( $\pm DE: 0,0$ ), ( $p < 0,001$ ).

El elemento de la puntuación de CARS con mayor precisión diagnóstica para acalasia fue la presencia de contenido líquido o sólido en la luz esofágica con

**Tabla 1.** Frecuencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva de acuerdo con Lyon 2.0. (Lun286)

Variable	n = 298
Mujeres, n (%)	232 (77,9)
Edad, años, mediana, percentiles.	55 (45-63)
Comorbilidades, n (%)	147 (49,4)
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	56 (18,7)
Diabetes tipo 2, n (%)	47 (15,7)
Ansiedad, (%)	17 (5,7)
Depresión, n (%)	16 (5,3)
Hipotiroidismo, n (%)	20 (6,7)
IMC, media (DE)	26,4 (4,5)
Sobrepeso, n (%)	119 (39,9)
Normal, n (%)	109 (36,6)
GERD-Q, mediana (RIC)	10 (7-12)
Normal, n (%)	78 (26,2)
Anormal, n (%)	220 (73,8)
pH-metría	
TEA, mediana (RIC)	2,3 (0,7-6,3)
Normal, n (%)	186 (62,4)
Patológico, n (%)	89 (26,5)
Indeterminado, n (%)	30 (10,1)
DeMeester, mediana (RIC)	10,7 (4,1-23,6)
Normal, n (%)	171 (57,4)
Anormal, n (%)	127 (42,6)
Impedancia basal nocturna, mediana (RIC)	2 290 (1 367-3 280)
Normal, n (%)	144 (48,3)
Anormal, n (%)	90 (30,2)
Indeterminada, n (%)	64 (21,5)
PAS	
Positivo, n (%)	35 (11,7)
Negativo, n (%)	127 (42,6)
IAS	
Positivo, n (%)	24 (8,1)
Negativo, n (%)	139 (46,6)
Diagnóstico pH-metría	
Normal, n (%)	54 (18,1)
ERNE, n (%)	81 (27,2)
No concluyente, n (%)	34 (11,4)
PF, n (%)	112 (37,6)
HR, n (%)	12 (4)
Endoscopia superior	
Gastropatía	241 (80,9)
Hiato incompetente	61 (20,5)
Esofagitis grado A	67 (22,5)
Manometría, n (%)	148 (49,7)
Normal, n (%)	68 (45,9)
Unión esofagogastrica tipo II, n (%)	29 (19,5)
Motilidad esofágica inefectiva, n (%)	10 (12,8)
EEI hipotenso e intratorácico, n (%)	13,5%
Contractilidad ausente, n (%)	5 (3,4)
Histopatología, n (%)	20 (6,7)
Gastropatía reactiva, n (%)	6 (30)
Gastropatía relacionada con <i>H. pylori</i> , n (%)	8 (40)
Gastropatía no relacionada con <i>H. pylori</i> , n (%)	5 (25)
Esofagitis por reflujo, n (%)	4 (20)

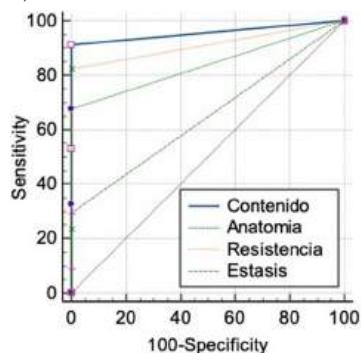
IMC, índice de masa corporal; DE, desviación estándar, rango intercuartílico; GERD-Q, Cuestionario para pacientes con síntomas gastrointestinales superiores; TEA, tiempo de exposición al ácido; PAS, probabilidad de relación con síntomas; IAS, índice de relación de síntomas; ERNE, enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva; PF, pirosis funcional; HR, hipersensibilidad al reflujo; EE, esfínter esofágico inferior.

una sensibilidad del 91,2% y una especificidad del 100%, un valor predictivo positivo (VPP) del 100%, un valor predictivo negativo (VPN) del 88% y un área bajo la curva de 0,956, seguido de la presencia de resistencia al paso del endoscopio a través de la unión esofagogastrica con una sensibilidad de 77,1%, una especificidad del 100%, un VPP del 100%, un VPN de 76% y un área bajo la curva de 0,912 (**Figura 1**). Ambos elementos fueron significativamente superiores en comparación con la presencia de alteraciones en la anatomía y de cambios en la mucosa provocados por la estasis ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** En pacientes con disfagia esofágica, el elemento de la puntuación de CARS con mayor precisión diagnóstica fue el contenido líquido o sólido en el esófago durante la endoscopia con un valor predictivo positivo del 100%. En la cohorte estudiada, la puntuación de CARS no fue capaz para distinguir entre pacientes con acalasia tipo III y pacientes sin acalasia.

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

Figura 1. (Lun287)



## Lun288

### SÍNDROME DE ESÓFAGO NEGRO: UNA ENTIDAD QUE TRASCIENDE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA

C. Morales-Limón, L. Cantorán-Ramírez, L. D. Valdez-Vega, J. J. Durán-Castro, D. D. González-Ramírez, J. A. Aguado-Valerio, R. García-Santiago, D. A. Olivares-González, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho

**Introducción:** La necrosis esofágica aguda (NEA), o síndrome de esófago negro, es una entidad clínica muy rara. Afecta sobre todo a adultos mayores

y se presenta en el 70% de los casos como hemorragia digestiva alta. Su fisiopatología es incierta; se relaciona con isquemia, desnutrición o procesos malignos. La endoscopia revela mucosa esofágica negruzca, sin patrón vascular, desde el esófago proximal hasta la unión gastroesofágica (UEG). El pronóstico depende de las comorbilidades, con una mortalidad hasta de 50%.

**Objetivo:** Presentar tres casos de necrosis esofágica aguda con hemorragia digestiva alta, distintos contextos clínicos, hallazgos endoscópicos y tratamiento aplicado.

**Informe de casos:** Caso 1: paciente masculino de 24 años con linfoma no Hodgkin difuso CD20+. Diagnóstico tras biopsia retroperitoneal por dolor abdominal. Durante su hospitalización por quimioterapia sufrió melena y vómito en posos de café; Hb: 4,6 mg/dL y requirió transfusión. Endoscopia: NEA en todo el esófago y duodenitis. Se inició IBP y control endoscópico posterior sin alteraciones.

Caso 2: mujer de 66 años con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial. Acude por vómito de contenido alimentario y disfagia, y luego muestra hematemesis. Hb: 12,2 mg/dL. Endoscopia: NEA en el tercio distal, bulbo-duodenopatía erosiva grave y úlcera gástrica Forrest IIC. Se la trató con IBP doble dosis, endoscopia de seguimiento con mejoría.

Caso 3: hombre de 99 años, sin comorbilidades crónicas. Presentó náusea y hematemesis por siete días. Hb: 15,08 mg/dL. Endoscopia: NEA con hemorragia activa distal, pangastropatía crónica y bulboduodenopatía erosiva moderada. Se aplicó Hemospray® y se indicó tratamiento con IBP. En todos los casos se observó una adecuada tolerancia a la vía oral posterior al tratamiento y las endoscopias de control revelaron regeneración de mucosa esofágica.

**Discusión:** Brennan describió la NEA por primera vez en 1967 en necropsia y Goldenberg en EGD en 1990. Tiene una incidencia menor de 0,3% y afecta principalmente al esófago distal, una zona menos vascularizada. La afectación vascular del tronco celiaco puede explicar las lesiones duodenales relacionadas. Los factores como hipoperfusión, daño en la barrera mucosa y refluo gastroesofágico contribuyen al cuadro. La causa es multifactorial, afecta con frecuencia a hombres mayores y se relaciona con isquemia, trombosis y neoplasias. Los síntomas comunes son epigastralgia, emesis, disfagia y fiebre. La EGD es clave para el diagnóstico; las biopsias no son imprescindibles. Histológicamente hay necrosis de la mucosa. El diagnóstico diferencial incluye melanosis, seudomelanosis, melanoma, acantosis nigricans, depósitos de carbón, cársticos e infecciones. El tratamiento incluye apoyo hemodinámico, IBP, sucralfato y control de comorbilidades. Se recomienda ayuno por 24 a 48 h. En EGD de control (48-72 h) suele observarse regeneración de la mucosa. Las complicaciones inmediatas graves incluyen perforación y sepsis; a largo plazo, la estenosis esofágica (15%).

**Conclusiones:** La NEA es una esofagitis rara y grave que debe considerarse ante hemorragia digestiva alta, sobre todo en pacientes con riesgo isquémico o estado catabólico. Su detección endoscópica oportuna permite iniciar tratamiento y prevenir complicaciones graves.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.