

85° CONGRESO

de la Sociedad Española
de Patología Digestiva (SEPD)

Tu Congreso, tu Sociedad



SEVILLA 11-13 junio 2026

Comunicaciones
Orales Breves

#SEPD2026

www.congresoSEPD.com



SEPD SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA
DIGESTIVA

FEAD FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DEL APARATO
DIGESTIVO

COMUNICACIONES ORALES BREVES - NEUROGASTROENTEROLOGÍA

OB036 - USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Presenta: Tiago Ribeiro.

Mascarenhas Saraiva, M¹; Martins Pinto Da Costa, AM²; Almeida, MJ¹; Ferreira de Carvalho, M²; Zatarain Valles, A³; García Pravia, L³; Aparicio Cabezudo, M³; Mendes, F¹; Mota, J¹; Araujo, C¹; Werneck Ejima, G²; Cardoso, P¹; Ribeiro, T¹; Guimarães Hourneaux de Moura, E⁴; Cardoso, H¹; Macedo, G¹; Ciriza, C³

¹Digestivo. Centro Hospitalario S. João. Oporto, Portugal. ²Digestivo. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. ³Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Digestivo. Vila Nova Star Hospital. São Paulo.

Introducción:

El síndrome del intestino irritable (SII) afecta aproximadamente al 5–10 % de la población, siendo un diagnóstico de exclusión, basado en los criterios clínicos de Roma IV, sin biomarcadores analíticos, endoscópicos ni histológicos específicos. Debido a su superposición clínica con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), muchos pacientes con síntomas compatibles se someten a una colonoscopia, que habitualmente no muestra alteraciones macroscópicas ni histológicas, prolongando la incertidumbre diagnóstica y aumentando la carga asistencial. Aparentemente no existen características endoscópicas distintivas que nos permitan diferenciar de forma fiable el SII de presentaciones sintomáticas inespecíficas. Los modelos de deep learning podrían identificar patrones mucosos sutiles más allá de la percepción humana, con potencial para redefinir el papel diagnóstico de la endoscopia en los trastornos funcionales intestinales. En este contexto, el objetivo del estudio fue desarrollar un modelo de inteligencia artificial (IA) capaz de identificar características endoscópicas sugestivas de SII durante la colonoscopia rutinaria.

Material y métodos:

Se incluyeron 183.543 frames procedentes de 242 colonoscopias realizadas en Portugal, España y Brasil, utilizando cinco tipos de colonoscopios diferentes, para el desarrollo del modelo. Solo se consideraron exploraciones con adecuada preparación intestinal (Escala de Boston ≥ 6) y sin evidencia de EII. De los pacientes incluidos, 129 presentaban SII según los criterios de Roma IV. Las imágenes se dividieron en conjuntos de entrenamiento, validación y prueba (70 %, 20 % y 10 %, respectivamente). El rendimiento del modelo se evaluó mediante exactitud, precisión, sensibilidad (recall) y F1.

Nombre	Pie	Previsualizar
Figura 1	Ejemplos de predicciones acertadas por el modelo de IA	

Resultados:

En el conjunto de prueba, los frames correspondientes a pacientes con SII fueron identificados con una exactitud del 97,1 %, precisión del 91,7 %, sensibilidad del 70,6 % y una puntuación F1 del 79,5 %. Los frames de pacientes sin SII se clasificaron con una exactitud del 91,7 %, precisión del 94,3 %, sensibilidad del 91,2 % y una puntuación F1 del 92,6 %.

Conclusiones:

Este estudio de prueba de concepto demuestra que el deep learning puede identificar patrones endoscópicos asociados al SII en exploraciones sin alteraciones macroscópicas. Los hallazgos sugieren la existencia de sutiles cambios en la mucosa colónica detectables mediante IA, pero no por el ojo humano. En conjunto, estos resultados apoyan la evaluación de un posible cambio en el diagnóstico del SII desde un enfoque exclusivamente sintomático hacia una evaluación funcional asistida por imagen, integrada en la colonoscopia de rutina.



OB037 - REGISTRO PROLONGADO DE PH ESOFÁGICO CON CÁPSULA BRAVO (96 H): MAYOR RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y EFICIENCIA CLÍNICA FRENTE A LA PHMETRÍA CONVENCIONAL

Presenta: Daniel González Ruiz

González Ruiz, D¹; García Merino, E²; de la Riva Onandia, S²; Prieto de Frías, CM³; Sandoval Rico, M²; Illescas Pinto, S²; Rubio Ardanaz, M²; Rubio Ordoñez, N²; Herraiz Bayod, M²; Betés Ibañez, M²

¹Digestivo. Clínica Univ. de Navarra . Pamplona, Navarra. ²Digestivo. Clínica Univ. de Navarra . Pamplona, Navarra. ³Digestivo. Clínica Univ. de Navarra. Madrid.

Introducción:

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es altamente prevalente y su diagnóstico resulta complejo en ausencia de lesiones endoscópicas. En estos casos, la monitorización ambulatoria del pH esofágico es esencial para confirmar o descartar ERGE y diferenciarla de trastornos funcionales. La pHmetría convencional de 24 horas constituye la técnica estándar, aunque presenta limitaciones relevantes, como la mala tolerancia del catéter intranasal y la posible infraestimación del reflujo por cambios conductuales durante el registro. El sistema inalámbrico Bravo permite monitorización prolongada de hasta 96 horas, lo que podría mejorar el rendimiento diagnóstico al captar la variabilidad diaria del reflujo. Sin embargo, su implementación en práctica clínica real es limitada y la evidencia comparativa sigue siendo escasa. El objetivo fue comparar el rendimiento diagnóstico y el impacto económico del registro prolongado mediante cápsula Bravo frente a la pHmetría convencional.

Material y métodos:

Estudio observacional comparativo realizado en la Clínica Universidad de Navarra. Se incluyeron consecutivamente estudios de pH con cápsula Bravo (junio 2024–junio 2025) y se compararon con pHmetrías convencionales en proporción 1:1,5. Se excluyeron menores de edad, uso de inhibidores de la bomba de protones en la semana previa y ausencia de consentimiento informado.

El diagnóstico de ERGE se estableció según el consenso de Lyon 2.0, exigiendo en el sistema Bravo criterios positivos en al menos dos días de registro. Se analizaron variables demográficas, rendimiento diagnóstico global y por día, tolerancia (EAT-10 y escala NRS) y costes relativos. Se utilizó SPSS®, considerando significativo $p < 0,05$.

Resultados:

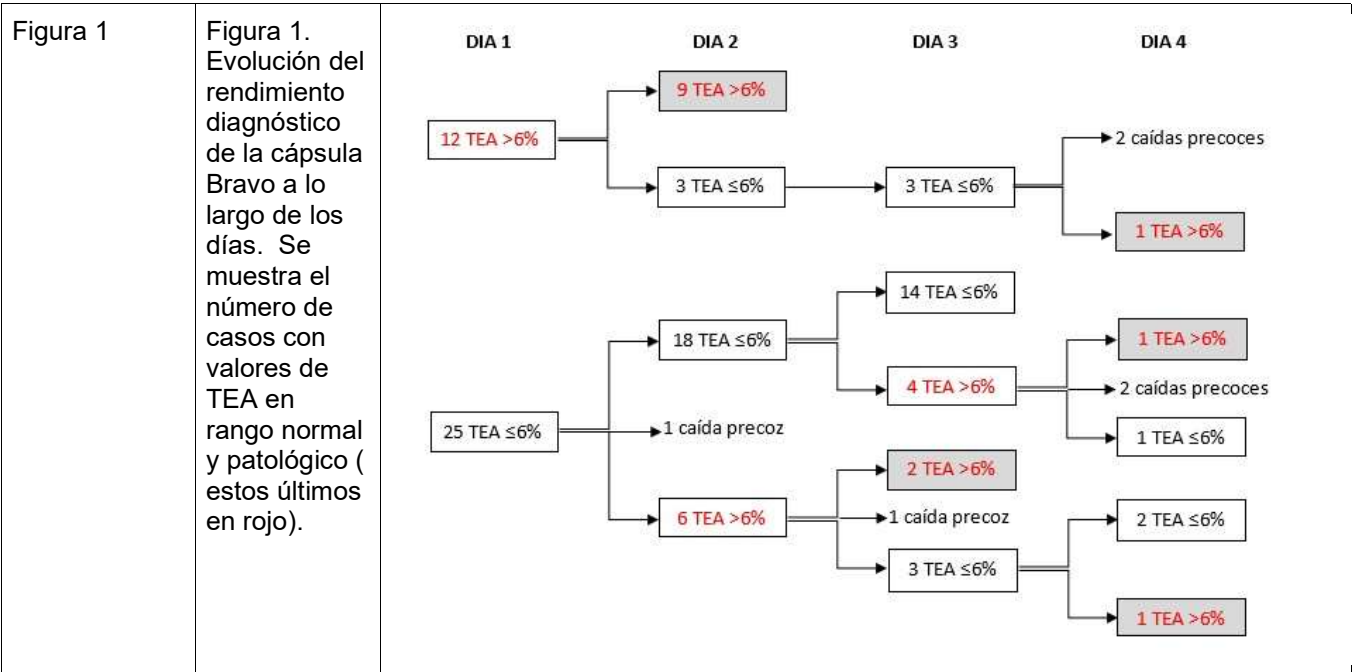
Se analizaron 92 estudios de pH: 37 con cápsula Bravo y 55 con pHmetría convencional, sin diferencias significativas en las características basales entre grupos.

El rendimiento diagnóstico del sistema Bravo fue significativamente superior: se diagnosticó ERGE en el 37,8% de los estudios frente al 20% con pHmetría convencional ($p=0,05$), con un riesgo relativo de 1,89, lo que supone casi duplicar la probabilidad de diagnóstico (tabla 1).

El valor añadido del registro prolongado fue clínicamente relevante. El 35,7% de los diagnósticos de ERGE se establecieron a partir del tercer o cuarto día, incluyendo pacientes con registros normales durante las primeras 48 horas, que habrían sido clasificados erróneamente como no ERGE con un registro estándar (figura 1).

La caída precoz de la cápsula se produjo en el 40,5% de los casos, aunque en todos ellos se obtuvo un tiempo mínimo de registro ≥ 40 horas. Ninguna cápsula precisó retirada precoz, mientras que dos pHmetrías convencionales se interrumpieron por mala tolerancia. El análisis económico mostró un menor coste por diagnóstico de ERGE con el sistema Bravo, pese a su mayor coste unitario.

Nombre	Pie	Previsualizar					
		Criterios diagnósticos	pHmetría convencional (n=55)	Cápsula Bravo (n=37)	p	RR (IC 95%)	DR (IC 95%)
Tabla 1	RR: riesgo relativo; DR: diferencia de riesgo	Criterio A	9 (16,4%)	14 (37,8%)	0,02	2,31 [1,12–4,78]	21,4% [3,6–39,1]
		Criterios A, B	10 (18,2%)	14 (37,8%)	0,03	2,07 [1,02–4,22]	19,6% [1,8–37,5]
		Criterios A, B, C	11 (20%)	14 (37,8%)	0,05	1,89 [0,96–3,71]	17,8% [-0,9–36,5]



Conclusiones:

El registro prolongado de 96 horas con cápsula Bravo ofrece mayor rendimiento diagnóstico que la pHmetría convencional, con impacto clínicamente relevante. Más de un tercio de los diagnósticos se perderían con registros ≤48 horas, lo que cuestiona el uso exclusivo del registro corto. El sistema Bravo constituye una alternativa eficiente y aplicable en práctica clínica real, especialmente en pacientes con alta sospecha y estudios previos no concluyentes.



OB038 - DISMOTILIDAD ESOFAGOGÁSTRICA COMO FACTOR ASOCIADO A LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO REFRACTARIA EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

Presenta: Francisco Alejandro Félix-Téllez

Félix-Téllez, FA¹; Guillen-Del-Castillo, A²; Aguilar, A³; Barber-Caselles, C³; Malagelada, C³; Polo-Figueras, L¹; Triginer, L²; Codina-Clavaguera, C²; Serra, J³; Simeón- Aznar, CP²; Alcalá-González, LG¹

¹Digestivo. Hospital Univ. Vall D'Hebron. ²Medicina Interna. Hospital Univ. Vall D'Hebron. ³Digestivo. Hospital Univ. Vall D'Hebron. Centro Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Barcelona.

Introducción:

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) refractaria a inhibidores de la bomba de protones (IBP) es frecuente en esclerosis sistémica (SSc). Recientemente, demostramos que la dismotilidad gastrointestinal es el principal predictor de ERGE erosiva refractaria. Sin embargo, su papel en la ERGE no erosiva refractaria aún no se ha dilucidado. El objetivo de este estudio fue evaluar los mecanismos fisiopatológicos asociados a la ERGE no erosiva refractaria en pacientes con SSc.

Material y métodos:

Se realizó un estudio prospectivo en pacientes consecutivos con SSc evaluados mediante pHmetría-impedancia con tratamiento. Todos los pacientes contaban con manometría esofágica y gammagrama de vaciamiento gástrico. Se determinó la presencia de tiempo de exposición al ácido (AET), así como el número de episodios de reflujo medidos por impedancia. Se determinó la asociación entre las alteraciones de motilidad esofágica y gástrica con los hallazgos de la pH-impedancia.

Resultados:

Se incluyeron 24 pacientes con SSc (23 mujeres, 95.8%), con una edad media de 64 ± 10 años; el 70% presentaba el subtipo limitado. La indicación del estudio fue síntomas persistentes a pesar del uso de IBP en 21 pacientes (88%) y evaluación pretrasplante pulmonar en 3 (13%). La pH-impedancia evidenció AET anormal (AET > 1%) en 13 pacientes (54%) y un número anormal de episodios de reflujo (> 40/24hrs) en 10 (42%). En la manometría esofágica, 14 pacientes (58%) presentaron contractilidad ausente y 4 (17%) motilidad esofágica inefectiva. El vaciamiento gástrico mostró gastroparesia (retraso $\geq 20\%$ a las 4 h) en 12 pacientes (50%). Los factores asociados con ERGE refractaria fueron un gradiente abdomino-torácico elevado (7.2 ± 2.5 vs. 2.9 ± 1.2 mmHg; $p = 0.01$), aclaramiento esofágico prolongado (5.4 ± 2.1 vs. 0.8 ± 0.02 min; $p = 0.01$) y mayor retención gástrica (Figura 1. La presencia de gastroparesia se relacionó con más episodios de reflujo (51 ± 27 vs. 25 ± 12 ; $p = 0.008$).

Conclusiones:

La prevalencia de ERGE refractaria en SSc, determinada por pH-impedancia, es elevada y se asocia con dismotilidad esófago-gástrica. Ambas alteraciones desempeñan mecanismos diferentes en la génesis del ERGE refractario en SSc.



OB039 - CLINICAL OUTCOMES AFTER REFLUXSTOP SURGERY FOR GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: A MULTICENTER RETROSPECTIVE STUDY OF 56 PATIENTS FROM SPAIN AND ITALY WITH A MINIMUM FOLLOW-UP OF 12 MONTHS

Presenta: Marta Cuadrado Ayuso

Cuadrado Ayuso, M¹; Moreno Sanz, C²; Hernández Matias, A³; Barrios Carvajal, ME⁴; Sánchez López, JD⁵; Guil Ortíz, B⁶; Galindo Álvarez, J¹; Pozzo, G⁷; Bona, D⁸

¹Cirugía General y Digestiva. Hospital Univ. Ramón y Cajal. Madrid. ²Cirugía General y Digestiva. Hospital Gral. La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real. ³Cirugía General y Digestiva. Hospital Univ. de Getafe. Getafe, Madrid. ⁴Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ⁵Cirugía General y Digestiva. Hospital Univ. Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes, Madrid. ⁶Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Univ. de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁷Surgery. University of Torino. Turin, Italy. ⁸Surgery. IRCCS Ospedale San Raffaele Hospital and Vita-Salute San Raffaele University. Milan, Italy.

Introducción:

RefluxStop treats gastroesophageal reflux disease (GERD) by comprehensively reconstructing the anti-reflux barrier without encircling the esophagus. Five-year outcomes from its prospective multicenter pivotal trial (used in US FDA submission) have demonstrated excellent long-term clinical results in terms of quality of life, objective pH measures, and food passageway-related complications. As part of ongoing real-world evidence collection, the present analysis reports data from subsets of surgical practices in Spain and Italy.

Material y métodos:

A retrospective study assessed the clinical outcomes of RefluxStop in 56 GERD patients across nine centers in Spain and Italy with mean (SD) follow-up 12.1 (3.5) months. Outcomes included GERD Health-Related Quality of Life (GERD-HRQL), proton pump inhibitors (PPI) use, satisfaction, adverse events (AEs), and dysphagia incidence

Resultados:

Baseline demographics (N=56): mean (SD) age: 50.4 (14.0) years, 50.0% female, mean (SD) body mass index (BMI) 27.5 (2.6) kg/m²; summarized in Table 1. Clinical characteristics included mean (SD) hiatal hernia size of 2.8 (1.9) cm, esophagitis in 48.1% (n=26/54), Barrett's esophagus in 14.3% (n=8/56), and PPI use in 94.6% (n=53/56), indicating a difficult-to-treat cohort. Median (IQR) total GERD-HRQL scores improved by 92.9% from 28.0 (14.5) at baseline (N=54) to 2.0 (6.0) at follow-up (N=53), with >50% improvement observed in 92.2% of patients. PPI use decreased from 94.6% (n=53/56) preoperatively to 3.6% (n=2/55) postoperatively. AEs were infrequent, with a single reoperation performed due to vomiting-induced failure of hiatal repair. Surgical revision included fundus repositioning and repeat hiatal repair, with the device unperturbed within its pouch and the patient was successfully treated. Relative reduction in dysphagia was 93.0%, with incidence decreasing from 28.6% (n=16/56) at baseline to 2.0% (n=1/49) at follow-up. After RefluxStop, 94.0% of patients reported no dissatisfaction, compared with baseline dissatisfaction of 86.7% (n=46/53).

Nombre	Pie	Previsualizar																														
Table 1	Table 1: Baseline demographic and clinical characteristics (N=56)	<p>Table 1: Baseline demographic and clinical characteristics (N=56)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Parameters</th> <th>N = 56</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gender, n (%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Female</td> <td>28 (50.0%)</td> </tr> <tr> <td>Male</td> <td>28 (50.0%)</td> </tr> <tr> <td>Age (years), mean (SD)</td> <td>50.4 (14.0)</td> </tr> <tr> <td>BMI (kg/m²), mean (SD)</td> <td>27.5 (2.6)</td> </tr> <tr> <td>Hiatal hernia, n (%)</td> <td>60.9%</td> </tr> <tr> <td>Hernia axial length (cm), mean (SD)</td> <td>2.8 (1.9)</td> </tr> <tr> <td>Median (IQR), Min-max</td> <td>3.1 (1.0); 0.0-6.0</td> </tr> <tr> <td>Barrett's esophagus, n (%)</td> <td>8/56 (14.3%)</td> </tr> <tr> <td>Esophagitis, n (%); n=54</td> <td>26/54 (48.1%)</td> </tr> <tr> <td>LA grade C</td> <td>4/54 (7.4%)</td> </tr> <tr> <td>LA grade D</td> <td>1/54 (1.8%)</td> </tr> <tr> <td>Dysphagia, n (%)</td> <td>16/56 (28.6%)</td> </tr> <tr> <td>PPI use, n (%)</td> <td>53/56 (94.6%)</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Abbreviations: BMI – Body mass index, GERD-HRQL – Gastroesophageal reflux disease health-related quality-of-life, IQR – Interquartile range, LA – Los Angeles, NR – Not reported, PPI – Proton pump inhibitor, SD – Standard deviation</small></p>	Parameters	N = 56	Gender, n (%)		Female	28 (50.0%)	Male	28 (50.0%)	Age (years), mean (SD)	50.4 (14.0)	BMI (kg/m²), mean (SD)	27.5 (2.6)	Hiatal hernia, n (%)	60.9%	Hernia axial length (cm), mean (SD)	2.8 (1.9)	Median (IQR), Min-max	3.1 (1.0); 0.0-6.0	Barrett's esophagus, n (%)	8/56 (14.3%)	Esophagitis, n (%); n=54	26/54 (48.1%)	LA grade C	4/54 (7.4%)	LA grade D	1/54 (1.8%)	Dysphagia, n (%)	16/56 (28.6%)	PPI use, n (%)	53/56 (94.6%)
Parameters	N = 56																															
Gender, n (%)																																
Female	28 (50.0%)																															
Male	28 (50.0%)																															
Age (years), mean (SD)	50.4 (14.0)																															
BMI (kg/m²), mean (SD)	27.5 (2.6)																															
Hiatal hernia, n (%)	60.9%																															
Hernia axial length (cm), mean (SD)	2.8 (1.9)																															
Median (IQR), Min-max	3.1 (1.0); 0.0-6.0																															
Barrett's esophagus, n (%)	8/56 (14.3%)																															
Esophagitis, n (%); n=54	26/54 (48.1%)																															
LA grade C	4/54 (7.4%)																															
LA grade D	1/54 (1.8%)																															
Dysphagia, n (%)	16/56 (28.6%)																															
PPI use, n (%)	53/56 (94.6%)																															

Conclusiones:

RefluxStop in real-world clinical settings exhibits remarkable clinical outcomes for GERD treatment, consistent with the results of the prospective multicenter trial, where both quality of life-based disease severity and dysphagia decreased by 93% with only one reoperation performed.

OB040 - INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y LA PLANIMETRÍA POR IMPEDANCIA ENDOFLIP: CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE MOTILIDAD SEGÚN EL CONSENSO DE DALLAS

Presenta: Tiago Ribeiro

Mascarenhas Saravia, M¹; Zatarain Valles, A²; Mendes, F¹; Aparicio Cabezado, M²; García Pravia, L²; Araujo, C¹; Frias, J³; Mota, J¹; Almeida, MJ⁴; Sampaio, AF⁵; Rala Cordeiro, J⁶; el Hajra, I⁷; Costa, A⁸; Matallana Royo, V⁷; Macedo, G¹; Niland, B⁹; Santander, C¹⁰; Ciriza, C², Ribeiro, T.

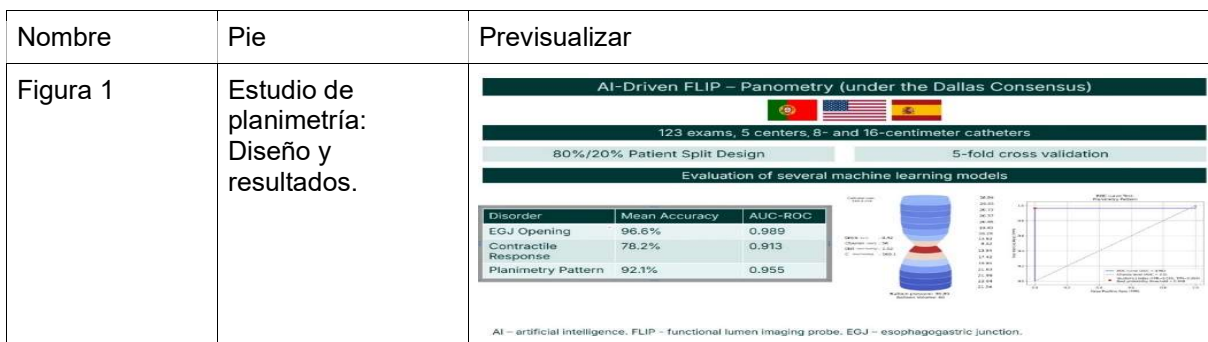
¹Digestivo. Centro Hospitalario S. João. Oporto, Portugal. ²Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Centro Hospitalario S. João. Oporto, Portugal. ⁴Digestivo. Centro Hospitalario S. João. Oporto, Portugal. ⁵University of Porto. Oporto, Portugal. ⁶ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. Lisbon, Portugal. ⁷Digestivo. Hospital Univ. Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. ⁸Hospital Univ. Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. ⁹Digestivo. University of South Alabama, Department of Gastroenterology. Alabama, AI, United States. ¹⁰Digestivo. Hospital Univ. de La Princesa. Madrid.

Introducción:

La planimetría mediante sonda de imagen funcional luminal (FLIP) fue desarrollada para la evaluación en tiempo real de la apertura de la unión esofagogástrica y de la respuesta contráctil del cuerpo esofágico durante la endoscopia inicial. A pesar de su utilidad demostrada en los trastornos funcionales esofágicos y de su potencial para modificar los algoritmos diagnósticos en Neurogastroenterología, persiste una notable heterogeneidad en la selección de catéteres, los protocolos de realización y la interpretación de los estudios. En 2025, el Consenso de Dallas estableció recomendaciones estandarizadas sobre indicaciones, ejecución, interpretación y reporte de la planimetría; sin embargo, la interpretación continúa siendo compleja y restringida a centros con elevada experiencia. La inteligencia artificial (IA) ofrece una oportunidad para simplificar la interpretación y poder introducir la planimetría en entornos con menor volumen de procedimientos. El objetivo de este estudio fue desarrollar un modelo de IA capaz de interpretar automáticamente los patrones de motilidad durante la FLIP panometría de acuerdo con el Consenso de Dallas.

Material y métodos:

Se utilizaron 123 exploraciones procedentes de cinco centros de Europa y América, realizadas con catéteres de 8 y 16 centímetros, para el desarrollo del modelo. Cada procedimiento fue clasificado mediante consenso entre dos expertos conforme a los criterios más recientes del Consenso de Dallas. Se entrenaron y evaluaron distintos modelos de aprendizaje automático para analizar la apertura de la unión esofagogástrica y la respuesta contráctil del cuerpo esofágico. Los datos se dividieron en conjuntos de entrenamiento y prueba con un diseño 80%/20% por paciente, aplicando validación cruzada en el conjunto de entrenamiento. El rendimiento de los modelos se evaluó en el conjunto de prueba mediante exactitud y bajo la curva característica operativa del receptor (ABC-ROC).



Resultados:

Los trastornos de la apertura de la unión esofagogástrica fueron detectados mediante CatBoost con una exactitud del 96,6% y un ABC-ROC de 0,989. Los trastornos de la respuesta contráctil fueron identificados mediante XGBoost con una exactitud del 78,2% y un ABC-ROC de 0,913. Los patrones de planimetría patológica según el Consenso de Dallas fueron identificados mediante LightGBM, alcanzando una exactitud media del 92,1% y un ABC-ROC de 0,955.

Conclusiones: Este estudio constituye la primera aplicación del análisis mediante IA a la planimetría integrando datos de distintos tipos de sondas y contextos demográficos heterogéneos, y alineándose con los criterios del Consenso de Dallas. Los resultados demuestran una elevada precisión en la identificación de patrones planimétricos patológicos. Estudios futuros permitirán validar estos hallazgos en cohortes independientes y explorar la capacidad del modelo para discriminar entre diferentes alteraciones de la motilidad. La integración de la IA en la planimetría tiene el potencial de mejorar la evaluación diagnóstica de los trastornos esofágicos durante la endoscopia, optimizar la estandarización del procedimiento y ampliar su accesibilidad más allá de los centros especializados, contribuyendo a un manejo clínico más oportuno y eficaz.



OB041 - RECUPERACIÓN DE LA PERISTALSIS ESOFÁGICA EN LA ACALASIA TRAS TRATAMIENTO CON POEM.

Presenta: Ana Pérez Monzú

Pérez Monzú, A; Romero Aguilera, Á; Rodríguez Gil, D; Vergara Ramos, J; Soria de la Cruz, MJ; Sanabria Marchante, I; Rodríguez Ramos, C; Macias Rodríguez, MA

Digestivo. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción:

La Acalasia es un trastorno motor esofágico caracterizado por la pérdida del peristaltismo y la relajación incompleta del esfínter esofágico inferior (EEI). No existe tratamiento curativo y las estrategias terapéuticas se centran en reducir la obstrucción distal para facilitar el vaciamiento esofágico.

La Miotomía Endoscópica Peroral (POEM) es el tratamiento de elección, con eficacia del 85–90%. Esta mejoría no suele acompañarse de restauración del peristaltismo esofágico; sin embargo, estudios basados en Manometría esofágica de alta resolución (MAR) han descrito recuperación motora en el 40–60% de los casos.

Presentamos una serie de pacientes con acalasia tratados mediante POEM que mostraron recuperación de la motilidad esofágica evaluada por MAR.

Material y métodos:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo con el objetivo de analizar el porcentaje de pacientes con Acalasia que presentan recuperación de la peristalsis tras POEM. La eficacia clínica se consideró con Eckardt <3. Se definió recuperación motora cuando en la MAR realizada 3 meses después del tratamiento se observaba una contractilidad distal integrada (DCI) mayor de 400 mmHg·s·cm.

Analizamos edad, sexo, subtipo de acalasia, eficacia clínica, presión de reposo del EEI, presión de relajación integrada (IRP), porcentaje de ondas peristálticas, DCI, diámetro esofágico y longitud de la columna de bario en el esofagograma minutado post-POEM. Tablas 1,2

Resultados:

Se incluyeron 33 pacientes: 4 acalasia tipo I, 25 tipo II y 4 tipo III con 51,5% mujeres y 48,5% varones.

La eficacia clínica global a los 3 meses de tratamiento fue del 81,8%.

La recuperación de la peristalsis se observó en 13 pacientes (39,4%), con un porcentaje medio de ondas propulsivas del 72,1% y una DCI media de 818,8 mmHg·s·cm.

La respuesta clínica fue similar en ambos grupos (85% vs 80%).

En el análisis comparativo no se observaron diferencias significativas en la edad ni en la presión de reposo del EEI pre o post-POEM.

Los pacientes con recuperación fueron mayoritariamente mujeres (61,5% vs 40%) y presentaron con mayor frecuencia acalasia tipo II (76,9%), sin casos tipo I.

La IRP basal fue superior en el grupo con recuperación, sin alcanzar significación estadística. Tampoco se evidenciaron diferencias en la IRP post-tratamiento ni en la dilatación esofágica pre o post-POEM.

En el esofagograma minutado a los 5 minutos, los pacientes con recuperación manométrica presentaron menor retención de contraste, siendo el único parámetro con significación estadística.

Nombre	Pie	Previsualizar																												
Tabla 1	Características clínicas, manométricas y radiológicas de la población total estudiada.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>VARIABLES</th> <th>Total (n=33)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad (años)</td> <td>57 ± 14</td> </tr> <tr> <td>Sexo femenino n (%)</td> <td>17 (51,5)</td> </tr> <tr> <td>Sexo masculino n (%)</td> <td>16 (48,5)</td> </tr> <tr> <td>Acalasia tipo I n (%)</td> <td>4 (12,1)</td> </tr> <tr> <td>Acalasia tipo II n (%)</td> <td>25 (75,8)</td> </tr> <tr> <td>Acalasia tipo III n (%)</td> <td>4 (12,1)</td> </tr> <tr> <td>Eckardt <3 n (%)</td> <td>27 (81,8)</td> </tr> <tr> <td>Presión de reposo EEI prePOEM (mmHg)</td> <td>38,3 ± 11,8</td> </tr> <tr> <td>Presión de reposo EEI postPOEM (mmHg)</td> <td>8,92 ± 4,38</td> </tr> <tr> <td>IRP prePOEM (mmHg)</td> <td>24,1 ± 9,6</td> </tr> <tr> <td>IRP postPOEM (mmHg)</td> <td>8,5 ± 5,1</td> </tr> <tr> <td>Diámetro esofágico prePOEM (mm)</td> <td>39,1 ± 13,2</td> </tr> <tr> <td>Diámetro esofágico postPOEM (mm)</td> <td>34,9 ± 11</td> </tr> </tbody> </table>	VARIABLES	Total (n=33)	Edad (años)	57 ± 14	Sexo femenino n (%)	17 (51,5)	Sexo masculino n (%)	16 (48,5)	Acalasia tipo I n (%)	4 (12,1)	Acalasia tipo II n (%)	25 (75,8)	Acalasia tipo III n (%)	4 (12,1)	Eckardt <3 n (%)	27 (81,8)	Presión de reposo EEI prePOEM (mmHg)	38,3 ± 11,8	Presión de reposo EEI postPOEM (mmHg)	8,92 ± 4,38	IRP prePOEM (mmHg)	24,1 ± 9,6	IRP postPOEM (mmHg)	8,5 ± 5,1	Diámetro esofágico prePOEM (mm)	39,1 ± 13,2	Diámetro esofágico postPOEM (mm)	34,9 ± 11
VARIABLES	Total (n=33)																													
Edad (años)	57 ± 14																													
Sexo femenino n (%)	17 (51,5)																													
Sexo masculino n (%)	16 (48,5)																													
Acalasia tipo I n (%)	4 (12,1)																													
Acalasia tipo II n (%)	25 (75,8)																													
Acalasia tipo III n (%)	4 (12,1)																													
Eckardt <3 n (%)	27 (81,8)																													
Presión de reposo EEI prePOEM (mmHg)	38,3 ± 11,8																													
Presión de reposo EEI postPOEM (mmHg)	8,92 ± 4,38																													
IRP prePOEM (mmHg)	24,1 ± 9,6																													
IRP postPOEM (mmHg)	8,5 ± 5,1																													
Diámetro esofágico prePOEM (mm)	39,1 ± 13,2																													
Diámetro esofágico postPOEM (mm)	34,9 ± 11																													



Tabla 2	Análisis comparativo de pacientes con y sin recuperación de la peristalsis tras el POEM.	Análisis comparativo de pacientes con y sin recuperación de la peristalsis tras el POEM.			
		VARIABLES	Recuperadores (n= 13)	No recuperadores (n= 20)	p
		Edad (años)	59,4 ±14	56,6 ±13,9	0,630
		Sexo femenino n (%)	8 (61,5)	8 (40)	0,296
		Sexo masculino n (%)	5 (38,5)	12 (60)	0,296
		Acalasia tipo I n (%)	0 (0)	4 (20)	
		Acalasia tipo II n (%)	10 (76,9)	14 (70)	
		Acalasia tipo III n (%)	3 (23,1)	2 (10)	
		Eckardt <3 n (%)	11 (85)	16 (80)	0,710
		Presión de reposo EEI prePOEM (mmHg)	40,5 ± 10,4	36,9 ± 12,7	0,709
		Presión de reposo EEI postPOEM (mmHg)	8,52 ±5,21	9,22 ± 3,8	0,810
		IRP prePOEM (mmHg)	28,7 ± 12,3	21,1 ± 6,1	0,059
		IRP postPOEM (mmHg)	7,7 ± 5,6	8,8 ± 4,9	0,459
		DCI media postPOEM (mmHg.s.cm)	818,8 ± 549,5	0	
		Ondas recuperadas postPOEM (%)	72,1 ± 23,9	0	
		Diámetro esofágico prePOEM (mm)	38 ± 9,3	39,8 ± 15,4	0,296
		Diámetro esofágico postPOEM (mm)	36,3 ± 8,2	34 ± 12,7	0,852
		Tránsito baritado 5 minutos postPOEM (cm)	1,34 ± 1,67	4,7 ± 4,23	0,027

Conclusiones:

Aproximadamente el 40% de los pacientes tratados con POEM mostró recuperación de peristalsis evaluada mediante MAR. Esta recuperación parece asociarse al sexo femenino, subtipo II de acalasia y valores basales más elevados de IRP, sin relación con la edad o el grado de dilatación esofágica. La ausencia de asociación con la respuesta clínica sugiere que el alivio de la obstrucción distal es el principal determinante del resultado terapéutico.

Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para definir mejor los factores predictivos de recuperación motora tras POEM.



OB042 - EVALUACIÓN AVANZADA MULTIDISCIPLINAR EN LA PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA

Presenta: Francisco Alejandro Felix-Tellez

Félix-Tellez, FA¹; Alcalá-González, LG¹; Polo-Figueras, L¹; Barber-Caselles, C²; Aguilar, A²; Serra, J²; Armario, D³; Landolfi, S⁴; Malagelada, C²

¹Digestivo. Hospital Univ. Vall d'Hebron. Barcelona. ²Digestivo. Hospital Univ. Vall d'Hebron. Centro Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Barcelona. ³Radiología. Hospital Univ. Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Anatomía Patológica. Hospital Univ. Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción:

La pseudo-obstrucción intestinal crónica (CIPO) es la forma más grave de dismotilidad intestinal, caracterizada por signos y síntomas de obstrucción en ausencia de causa mecánica. Se trata de una enfermedad rara, heterogénea y con elevada morbimortalidad, de la que existen pocas series amplias publicadas.

Material y métodos:

Estudio observacional de una cohorte de pacientes consecutivos diagnosticados de CIPO entre 2016 y 2026 y evaluados de forma integral en nuestro centro. Se analizaron la etiología, el patrón manométrico, las comorbilidades asociadas, el estado nutricional, la historia de crisis pseudo-oclusivas, los requerimientos terapéuticos y la evolución clínica. Se estableció como objetivo describir las características clínicas, etiológicas, manométricas y evolutivas de una cohorte consecutiva de pacientes con CIPO evaluados de forma exhaustiva en un centro nacional de referencia, e identificar hallazgos con potencial valor pronóstico

Resultados:

Se incluyeron 47 pacientes, con edad media de 45±16 años y predominio femenino (55%). En todos los casos, las pruebas de imagen abdominal mostraron dilatación de asas de intestino delgado compatible con CIPO. La manometría intestinal de alta resolución fue patológica en todos los pacientes en los que se realizó (40/47): el 58% presentó un patrón de hipomotilidad severa y el 42% un patrón de contractilidad descoordinada.

En el estudio etiológico se identificaron formas genéticas en el 28% de los pacientes, principalmente miopatía visceral asociada a ACTG2 y enfermedades mitocondriales. Estas formas mostraron tendencia a presentarse a menor edad, con IMC más bajo y predominio de patrón hipomotilidad en la manometría intestinal. Entre las formas adquiridas predominaron las enfermedades autoinmunes y sistémicas, incluyendo esclerosis sistémica, síndromes paraneoplásicos, miastenia gravis y neuromiopatías intestinales inflamatorias.

Se obtuvo biopsia transmural quirúrgica del intestino delgado en 24 pacientes. Se observó un infiltrado inflamatorio en el plexo mientérico en el 54% de los casos, asociado con mayor frecuencia a enfermedades autoinmunes de base (69% vs 36%). La ausencia de plexitis se asoció a mayor necesidad de nutrición parenteral total (73% vs 23%; p=0.038), lo que sugiere un fenotipo degenerativo de peor pronóstico.

La enfermedad presentó una elevada carga asistencial, con una mediana de 3 ingresos por crisis pseudo-oclusivas por paciente (rango 0–12). La mortalidad global fue del 11% y se asoció con un mayor número de ingresos hospitalarios.

Conclusiones:

La evaluación etiológica, manométrica e histopatológica de los pacientes con CIPO en centros especializados permite identificar la causa subyacente en una proporción relevante de casos y reconocer fenotipos diferenciados con implicaciones pronósticas.



OB043 - SATISFACCIÓN FORMATIVA, BRECHAS COMPETENCIALES Y BIENESTAR EN LA RESIDENCIA DE DIGESTIVO EN ESPAÑA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL DE LA SEPD

Presenta: María Iborra

Iborra, M¹; Martín-Arran, MD²; Gómez-Camarero, J³; Gomez-Rodríguez, R⁴; Orive-Calzada, A⁵; Iglesias-García, J⁶; Argüelles-Arias, F⁷

¹Gastroenterology. Hospital Univ. I Politècnic la Fe. Valencia. ²Gastroenterology. Hospital Univ. La Paz- Instituto de Investigación de La Paz IdiPaz. Madrid. ³Gastroenterology. Hospital Univ. de Burgos . Burgos. ⁴Gastroenterology. Hospital General Univ. de Toledo. Toledo. ⁵Gastroenterology and Hepatology. Hospital Uni. de Galdakao, IIS Biocruces Bizkaia. Galdakao, Vizcaya. ⁶Gastroenterology and Hepatology. Complejo Hospitalario Univ. de Santiago. Univ. de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña. ⁷Gastroenterology. Hospital Univ. Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción:

La formación sanitaria especializada en Digestivo ha aumentado notablemente en complejidad debido al desarrollo de técnicas avanzadas, nuevas áreas de subespecialización y mayores exigencias competenciales. Sin embargo, persiste la percepción de heterogeneidad formativa entre centros y de una carga asistencial creciente que puede afectar tanto a la calidad de la formación como al bienestar de los residentes. El objetivo del estudio fue evaluar la satisfacción formativa, identificar áreas competenciales deficitarias y analizar el bienestar profesional de residentes y adjuntos jóvenes de Digestivo en España.

Material y métodos:

Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta online anónima dirigida a residentes (R1–R4) y adjuntos jóvenes (≤5 años tras finalizar la residencia) de Digestivo en España. El cuestionario incluyó 92 ítems distribuidos en ocho secciones que evaluaban satisfacción formativa, áreas con déficit percibido, condiciones laborales, respeto del descanso y presencia de burnout. Se realizaron análisis descriptivos, comparaciones entre subgrupos y un modelo de regresión logística multivariante para identificar factores asociados al burnout. Los análisis se efectuaron con Stata® v17.0.

Resultados:

Se obtuvieron 241 respuestas válidas (60,6% mujeres; edad media 30,2±3,6 años). Las características demográficas y formativas se resumen en la Tabla 1 y la distribución geográfica en la Figura 1. La mayoría de los participantes se formaban o habían formado en hospitales universitarios (97,5%) y de tercer nivel (82,6%). La satisfacción global con el programa MIR fue de 3,99±0,71 sobre 5, con una valoración superior de la formación práctica (4,25±0,71) frente a la teórica (3,30±0,98). Las áreas con mayor necesidad de refuerzo fueron nutrición clínica (26%), ecografía digestiva (25,2%) y endoscopia (23,3%) (Figura 2). Un 63,5% refirió haber experimentado burnout. La falta de respeto del descanso se asoció a mayor riesgo de burnout, mientras que una mayor satisfacción con las condiciones laborales actuó como factor protector en el análisis multivariante. Además, el 77% consideró insuficientes los cuatro años actuales de residencia, el 89,5% opinó que un año adicional mejoraría su preparación y el 97,1% consideró que un programa de cinco años sería suficiente.

Nombre	Pie	Previsualizar																														
Figura 1	Distribución por ComAutónoma donde los encuestados realizaron o están realizando su residencia.	<p>Distribución por Comunidad Autónoma de la Residencia (N=241)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Comunidad Autónoma</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Andalucía</td><td>24.3%</td></tr> <tr><td>Madrid</td><td>17.8%</td></tr> <tr><td>Cataluña</td><td>12.2%</td></tr> <tr><td>Castilla-La Mancha</td><td>8.3%</td></tr> <tr><td>Castilla y León</td><td>6.2%</td></tr> <tr><td>Canarias</td><td>5.1%</td></tr> <tr><td>Aragón</td><td>4.6%</td></tr> <tr><td>Región de Murcia</td><td>4.2%</td></tr> <tr><td>Principado de Asturias</td><td>3.8%</td></tr> <tr><td>País Vasco</td><td>3.7%</td></tr> <tr><td>Galicia</td><td>3.7%</td></tr> <tr><td>Comunitat Valenciana</td><td>3.3%</td></tr> <tr><td>Comunidad Foral de Navarra</td><td>2.9%</td></tr> <tr><td>Comunidad de Madrid</td><td>17.8%</td></tr> </tbody> </table>	Comunidad Autónoma	Porcentaje	Andalucía	24.3%	Madrid	17.8%	Cataluña	12.2%	Castilla-La Mancha	8.3%	Castilla y León	6.2%	Canarias	5.1%	Aragón	4.6%	Región de Murcia	4.2%	Principado de Asturias	3.8%	País Vasco	3.7%	Galicia	3.7%	Comunitat Valenciana	3.3%	Comunidad Foral de Navarra	2.9%	Comunidad de Madrid	17.8%
Comunidad Autónoma	Porcentaje																															
Andalucía	24.3%																															
Madrid	17.8%																															
Cataluña	12.2%																															
Castilla-La Mancha	8.3%																															
Castilla y León	6.2%																															
Canarias	5.1%																															
Aragón	4.6%																															
Región de Murcia	4.2%																															
Principado de Asturias	3.8%																															
País Vasco	3.7%																															
Galicia	3.7%																															
Comunitat Valenciana	3.3%																															
Comunidad Foral de Navarra	2.9%																															
Comunidad de Madrid	17.8%																															



Conclusiones:

Los residentes y adjuntos jóvenes de Digestivo valoran positivamente la formación práctica, pero identifican brechas relevantes en la formación teórica y en áreas competenciales clave como la nutrición clínica y la ecografía. El burnout es altamente prevalente y se relaciona con las condiciones laborales y el respeto del descanso. El amplio consenso a favor de ampliar la duración del programa MIR a cinco años respalda la necesidad de revisar el modelo formativo para avanzar hacia una formación más homogénea, equilibrada y orientada a competencias, incorporando el bienestar profesional.



OB044 - EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA DISFAGIA OROFARÍNGEA MEDIANTE EL PROTOCOL MECV-V EN UNA COHORTE GERIÁTRICA FRÁGIL

Presenta: Nuria Pérez López

Pérez López, N¹; López Torres, E²

¹Clínica Alameda. O Carballiño, Ourense. ²Cirugía General y Digestiva. Hospital Ángeles Lindavista. Estado de México, México.

Introducción:

La disfagia orofaríngea (DO) es un síndrome geriátrico prevalente y de considerable gravedad por sus potenciales complicaciones como riesgo de broncoaspiración o desnutrición.

Material y métodos:

Se aplicó el protocolo MECV-V para diagnóstico clínico de DO a un grupo de pacientes de una estancia para pacientes de edad avanzada. Se evaluaron los criterios investigados en el protocolo MECV-V de alteración de la seguridad de la deglución (AS): tos, voz húmeda, desaturación y alteraciones de la eficacia (AE):detección de residuo oral o faríngeo, fallo del sello labial o deglución fraccionada. El diagnóstico de DO se establece si el paciente presenta cualquiera de estas alteraciones.

Se analizaron las características demográficas, comorbilidades y uso de fármacos de nuestra población. Análisis estadístico: Prueba Exacta de Fisher para análisis bivariado, Regresión Logística Binaria para análisis multivariado y para el resto de variables se utilizaron porcentajes y promedios.

Resultados:

Se incluyeron 35 pacientes, sexo femenino (82.9%), edad promedio 88 años (rango 68-104 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (20, 57.1%), Demencia (18,51.4%), Fibrilación auricular (11, 31.4%), Ictus (5, 14.3%). El total de pacientes con dependencia para ABVD fue de 22 (62.9%). Los grupos de fármacos de uso más frecuente fueron: antidepresivos (19, 54.3%), antipsicóticos (16, 45.7%), aspirina (12, 34.3%), benzodiazepinas (13, 37.1%) y betabloqueadores 10, 28.6%).

La prevalencia general de DO fue n=20, 57.1%, con AS n=15, 42.9% y AE n=19,54.3%.

El ictus mostró asociación con AS (OR 6.91/IC 1.10-62/p=0.038) y el uso de benzodiazepinas mostró tendencia significativa (OR 4.77/IC 95% 1.20-19.3/p=0.150).

La dependencia para ABVD fue el factor predictor más potente en AE (OR 8.89/IC 95% 1.92-55.4/p=0.003) seguido de la demencia (OR 4.77/IC 95% 1.20-19.3/p=0.021).

La dependencia para ABVD fue el factor más asociado con DO (OR 6.00/IC 95% 1.52-24.3/p=0.016).

En el análisis multivariado la demencia mostró ser predictor independiente y significativo de DO (OR 6.36/IC 95% 1.05-38.6/p=0.043), el ictus como predictor de AS (OR 7.77/IC 95% 1.09-55.4/p=0.041) y la dependencia para ABVD como predictor significativo de AE (OR 7.03/IC 95% 1.33-37.1/p=0,022)

Conclusiones:

En esta cohorte de pacientes se encontró una prevalencia alta de DO, siendo los factores neurofuncionales los predictores primarios de la misma. Se debe considerar el uso de depresores del SNC en pacientes con factores de riesgo. Se justifica la implementación de protocolos de escrutinio universal con MECV-V en poblaciones de riesgo al ser una prueba no invasiva y que se realiza a pie de cama del paciente. Se recomiendan investigaciones futuras con un cohorte mayor para estimaciones más precisas.



OB045 - UTILIDAD DE NUEVOS PARÁMETROS DE MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA DETECCIÓN DE AFECTACIÓN ESOFÁGICA EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

Presenta: Francisco Alejandro Felix-Tellez

Félix-Téllez, FA¹; Serra, J²; Barber-Caselles, C²; Aguilar, A²; Remes-Troche, JM³; Mendívil-Sáenz, SP³; Rosales-Rentería, LA⁴; Salcido-Yáñez, C⁴; Miranda-Cordero, RM⁴; Resina-Sierra, E⁵; Pérez-Fernández, MT⁵; Coss-Adame, E⁶; Zubia-Nevárez, CI⁶; Carmona-Guerrero, D⁶; Morel-Cerda, EC⁷; Velarde-Ruiz Velazco, JA⁷; Velarde-Chávez, JA⁷; Von Muhlenbrock, C⁸; Estremera-Arévalo, F⁹; Aresté-Anduaga, I⁹; Ezquerro-Durán, A¹⁰; Barba-Orozco, E¹⁰; Simeón-Aznar, CP¹¹; Guillen-Del-Castillo, A¹¹; Alcalá-González, LG¹

¹Digestivo. Hospital Univ. Vall d'Hebron. Barcelona. ²Digestivo. Hospital Univ. Vall d'Hebron. Centro Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Barcelona. ³Digestivo. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Mexico. ⁴Digestivo. Centro Médico ISSEMyM. Estado de México, México. ⁵Digestivo. Hospital Univ. de La Princesa. Inst. Investigación Sanitaria Princesa IIS-IP- Univ. Autónoma y Centro Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Madrid. ⁶Digestivo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México, México. ⁷Digestivo. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Guadalajara, México. ⁸Digestivo. Hospital Clínico Univ. de Chile (HCUCH). Santiago de Chile, Chile. ⁹Digestivo. Hospital Univ. de Navarra. Pamplona, Navarra. ¹⁰Digestivo. Hospital Clínic I Provincial de Barcelona. Barcelona. ¹¹Medicina Interna. Hospital Univ. Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción:

El esófago es el órgano más frecuentemente afectado en esclerosis sistémica (SSc). Actualmente, la contractilidad ausente (CA) es el único criterio reconocido de afectación esofágica en la manometría de alta resolución (HRM). La evidencia disponible procede principalmente de estudios unicéntricos con muestras pequeñas, lo que ha impedido definir umbrales sólidos para afectación esofágica más sutil; por ello, actualmente no existen parámetros validados de HRM que identifiquen dismotilidad leve o incipiente que permitan detectar afectación motora temprana y caracterizar mejor el fenotipo esofágico en SSc. Por lo mencionado, el objetivo del estudio fue identificar marcadores de afectación esofágica mediante métricas de HRM en pacientes con SSc.

Material y métodos:

Estudio transversal multicéntrico e internacional (4 centros en Europa y 4 América) que incluyó a pacientes adultos con SSc y un grupo control ajustando por género, peso y presencia de hernia de hiato correspondiente a pacientes sin SSc que contaran con HRM (Chicago v4.0), endoscopia y pH-metría sin IBP realizadas dentro de la misma ventana diagnóstica. Se compararon las métricas de HRM entre SSc y controles. Se realizaron análisis ROC para identificar valores de referencia con mejor rendimiento discriminativo para identificar la afección esofágica en SSc.

Resultados:

Se incluyeron 94 pacientes con SSc; 45 (47,4%) presentaron ERGE (17 erosiva, 28 no erosiva). El grupo control se conformó por 160 sujetos, de quienes 89 (55%) con criterios de ERGE (23 Erosiva y 66 no erosiva). Por HRM la CA (n=33 [35%] vs. n=2 [1.2%], p<0.001) y la motilidad esofágica inefectiva (n=28 [30%] vs. n=30 [19%], p=0.04) fueron significativamente más prevalentes en el grupo de SSc.

Al evaluar el rendimiento de otros parámetros de la HRM para identificar la afectación esofágica en pacientes con SSc, las métricas con mayor capacidad discriminativa fueron una presión basal del esfínter esofágico inferior ≤ 20 mmHg (AUROC 0.703; p70% de degluciones ineficaces (AUROC 0.755; p<0.001). Con base en estos puntos de corte, solamente el 3.1 % de personas sin SSc (n=5) presentaban los 3 marcadores. La presencia de los tres marcadores se presentaba en el 25% de los pacientes con SSc sin CA, de los cuales, el 60% tenían ERGE objetivo por endoscopia y/o pHmetría, en comparación con 32% de los que no presentaban los marcadores.

Conclusiones:

La presión basal del esfínter esofágico inferior, la DCI máxima y el porcentaje de degluciones ineficaces podrían servir como marcadores de afectación esofágica en pacientes con SSc.