



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 28 - ENDOFLIP® DURANTE EL POEM: ¿PODEMOS REDUCIR LA MIOTOMÍA ESOFÁGICA?

C. Rubín de Célix<sup>1</sup>, S. Bravo<sup>2</sup>, L. Zabalza<sup>2</sup>, S. Casabona<sup>1</sup>, I. Rodríguez<sup>2</sup>, R. Muñoz<sup>1</sup>, M. Gómez<sup>2</sup>, J. Carrascosa<sup>2</sup>, J. Vila<sup>2</sup>, L. Uribarri<sup>2</sup>, P. Miranda<sup>1</sup>, C. Santander<sup>1</sup>, E. Albéniz<sup>2</sup> y F. Estremera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Introducción:** La miotomía endoscópica oral (POEM) ha demostrado alta eficacia y seguridad en el tratamiento de la acalasia, por lo que las guías internacionales lo recomiendan en primera línea. EndoFLIP® se ha empleado para medir la distensibilidad (D), el diámetro (?) y el área transversal (AT) del esófago distal (ED) y de la unión esófago-gástrica y esfínter esofágico inferior (EEI) antes y después del POEM, pero no durante cada paso del procedimiento. Actualmente no está establecida la longitud de la miotomía del cuerpo esofágico para cada trastorno motor en el POEM y no se conoce su impacto clínico. Nuestra serie evaluará el impacto de cada paso de la técnica en la D, el ? y el AT.

**Métodos:** Serie prospectiva bicéntrica en la que se incluirán a todos los pacientes a los que se les realice un POEM por presencia de acalasia tipo I o II en pacientes *naïve* según técnica habitual (vía posterior, miotomía de pared completa) con mediciones con endoFLIP® de la D, el ? y el AT antes y después de la creación del túnel submucoso y de la miotomía (cada 2 cm de miotomía esofágica, del EEI y de la vertiente gástrica). Presentamos el primer caso de una mujer de 33 años con diagnóstico de acalasia tipo II con *score* de Eckardt basal de 12.

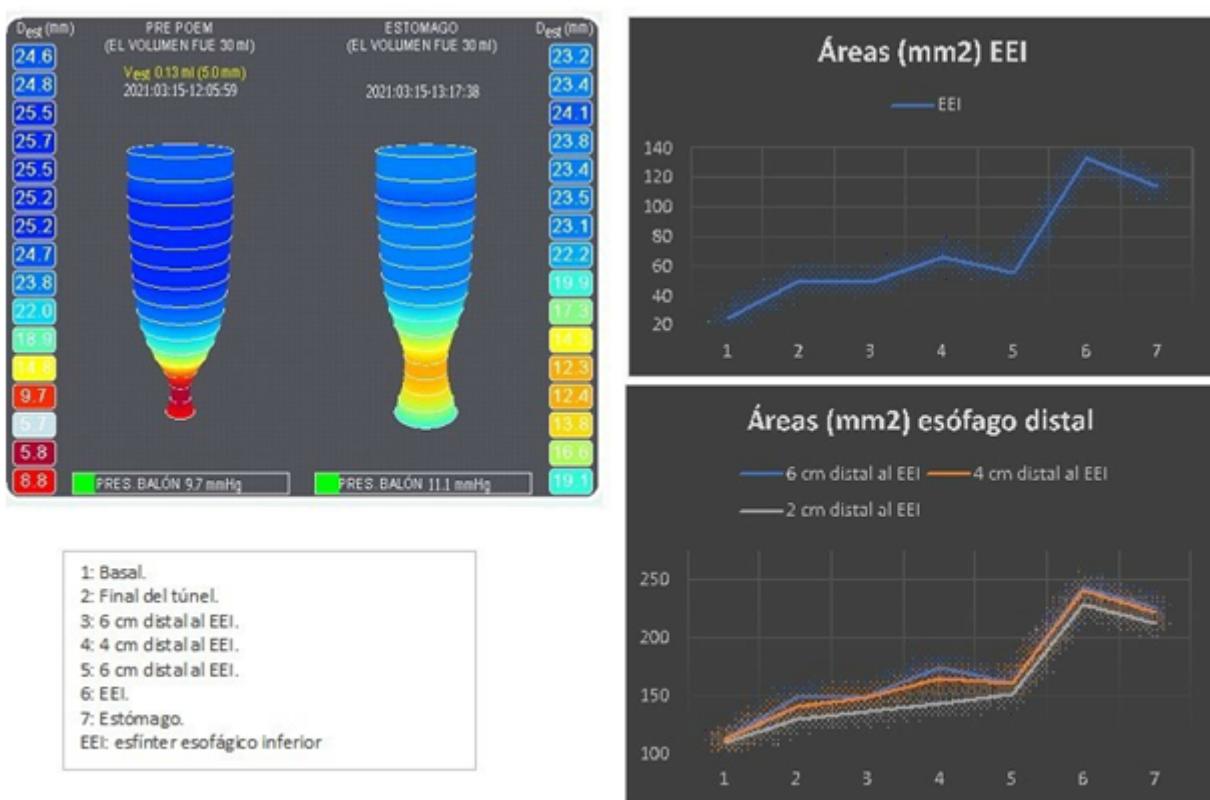
**Resultados:** La creación del túnel, por sí misma, aumentó la D, el ? y el AT, tanto en los últimos 6 cm del ED como en el EEI. La miotomía de los 2 cm más alejados del EEI tuvo escaso impacto en el ED y en el EEI, pero la miotomía de los últimos 4 cm del cuerpo sí modificó ambas regiones. El mayor impacto en las variables se vio tras la miotomía del EEI, que también influyó sobre el ED. Los resultados quedan recogidos en la tabla y figura.

**Tabla 1:**

		BASAL	FINAL DEL TÚNEL	Cm 6	Cm 4	Cm 2	EEI	ESTÓMAGO
ESÓFAGO	Ø (mm)	25,6	23,7	24,2	24,3	24,4	23,8	24
DISTAL (6cm)	AT (mm2)	112,3	148,1	150,1	174,3	160,8	243,5	226,1
	D (mm3/mmHg)	73,6	63,1	65,8	66,3	66,9	63,6	64,7
ESÓFAGO	Ø (mm)	25,5	22,5	24	23	24,5	23,6	23,5
DISTAL (4 cm)	AT (mm2)	111,8	140,6	148,9	165	161,4	241,4	221,4
	D (mm3/mmHg)	73,1	56,9	64,7	59,4	67,4	62,5	62,1
ESÓFAGO	Ø (mm)	25,3	20,8	22	20	23	22,3	22,5
DISTAL (2 cm)	AT (mm2)	110	130	136,5	143,5	151,5	226,1	212
	D (mm3/mmHg)	71	48	54,4	44,9	59,4	55,9	56
EEI	Ø (mm)	5,7	8	7,9	9,2	8,5	13	12,1
	AT (mm2)	25	50	49	66	56	133	114
	D (mm3/mmHg)	2,7	2,6	2,7	5,4	5	9,2	10,8

Ø: diámetro mínimo; AT: Área transversal mínima; D: distensibilidad; EEI: esfínter esofágico inferior; C: cms con respecto al borde superior de EEI

**Figura 1:**



**Conclusiones:** EndoFLIP® puede generar datos biomecánicos que ayuden a definir un protocolo de miotomía esofágica ajustado a la necesidad de cada individuo, evitando miotomías extensas en cuerpo esofágico. Esto podría mejorar las tasas de reflujo post-POEM sin penalizar el resultado clínico.