



Gastroenterología y Hepatología



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

136 - NÚMERO DE DEGLUCIONES SÓLIDAS NECESARIAS PARA MEJORAR LA CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS EN LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN

I.K. Araujo, I. Luzko, M. López, A. Ortiz, G. Casanova y E. Barba

Unidad de Endoscopia y Motilidad Digestiva, Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona.

Resumen

Introducción: Los valores de normalidad para la prueba de deglución de sólidos en la manometría esofágica de alta resolución (MEAR) han sido publicados previamente, pero en la práctica diaria es difícil de implantar la administración de 200 g de arroz como se había estandarizado. En la clasificación de Chicago, se sugieren 10 degluciones de sólidos ($?1\text{-cm}^3$) para aumentar la probabilidad diagnóstica, pero no existe una evidencia clara de cuantas degluciones mínimas son necesarias para aumentar esta probabilidad, por lo que analizamos los cambios diagnósticos tras la deglución simple y 5, 10 o 20 degluciones sólidas (DS) para determinar el número mínimo necesario para mejorar el diagnóstico y evitar prolongar la exploración.

Métodos: Inclusión prospectiva de pacientes derivados para estudio de MEAR al servicio de Motilidad Digestiva del H. Clínic de Barcelona durante un periodo de 9 meses. Se realizó el protocolo convencional y se administraron 5, 10 o 20 degluciones sólidas. La valoración se realizó según la Clasificación de Chicago 4.0.

Resultados: 158 pacientes fueron incluidos y recibieron al menos 5 DS, 104 recibieron 10 y 50 pacientes 20 DS. 66% eran mujeres, edad media 54 años, IMC 28 kg/m^2 , sin diferencias significativas entre grupos. Las indicaciones más frecuentes fueron la disfagia (43%) y ERGE (30%). Un 32% tenía el antecedente de una cirugía gastrointestinal o procedimiento endoscópico, el 75% estaba en tratamiento con IBP y un 10% con opioides. 64% de las exploraciones fueron normales en las degluciones simples y con sólidos un 53, 54 y 56% (respectivamente con 5,10, 20 degluciones). Cambio de diagnóstico del 34,8% con la deglución de sólidos, 45 con 5 DS (82%), 6 (1%) con 10, y 4 (7%) con 20; diferencia significativa con 5 DS ($p = 0,001$). 22 cambios fueron relevantes clínicamente, 21 no relevantes (normal a motilidad esofágica ineficaz) y en 12 utilidad para identificar reserva peristáltica. 6% (9) presentó sintomatología durante la exploración, 7 de ellos asociados a un trastorno mayor de la motilidad, 1 de los diagnósticos se realizó solo con DS. Tres trastornos mayores en consumo de opioides, uno diagnosticado solo con DS. Tiempo medio de exploración añadida con 5,10 o 20 DS fueron de 267, 550, 1.308 segundos respectivamente.

Conclusiones: La deglución con 5 degluciones sólidas es útil para como prueba de provocación en la MEAR para diagnóstico de trastornos motores, pero no para valorar reserva peristáltica con los valores de normalidad actuales. La duración de la exploración se duplica y quintuplica con 10 y 20 DS respectivamente en comparación a la exploración con 5 DS.