



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

## P-122 - DISFUNCIÓN ESOFÁGICA ASOCIADA A OPIOIDES, RESPUESTA CLÍNICA Y HALLAZGOS MANOMÉTRICOS TRAS LA SUSPENSIÓN

Elizabeth Barba<sup>1</sup>, Alberto Ezquerra<sup>1</sup>, Luis Gerardo Alcalá<sup>2</sup>, Isis Araujo<sup>1</sup>, Claudia Barber<sup>2</sup>, Jordi Serra<sup>2</sup>, Marta Gracia<sup>3</sup> y Javier Alcedo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

### Resumen

#### *Póster con relevancia para la práctica clínica*

**Introducción:** El uso de opioides altera la función esofágica, denominada disfunción esofágica inducida por opioides (DEIO), asociada clínicamente a disfagia y a trastornos motores esofágicos. Sin embargo, no hay estudios prospectivos que demuestren la respuesta clínica y manométrica posterior a la suspensión de estos. El objetivo principal de este estudio fue evaluar los cambios y la relación causal del uso crónico de opioides en los trastornos motores esofágicos y la respuesta clínica y manométrica al suspenderlos.

**Métodos:** Estudio prospectivo multicéntrico con datos emparejados en tres centros terciarios. Se reclutaron usuarios crónicos de opioides que acudieron a la unidad de motilidad digestiva para estudio de disfagia mediante manometría esofágica (ME). Se evalúo en una primera visita la repercusión clínica mediante el cuestionario validado Eckardt y los hallazgos manométricos. Posteriormente, tras mínimo 7 días de haber suspendido los opioides se evalúo la respuesta mediante el cuestionario Eckart y los hallazgos de la segunda ME.

**Resultados:** Se reclutaron 22 pacientes, de edad media de 66 años, 8 hombres y 14 mujeres. Los opioides utilizados fueron tramadol ( $n = 17$ , 77%), fentanilo ( $n = 5$ , 23%). Todos los pacientes fueron remitidos por disfagia no obstructiva ( $n = 22$ ). En la evaluación clínica inicial bajo opioides los pacientes tenían un Eckardt de 8 puntos y tras la suspensión de 2,5 puntos ( $p = 0,002$ ). La suspensión de los opioides se asoció con una disminución de la presión basal del esfínter esofágico inferior (41,6 mmHg con opiáceos vs. 35,1 mmHg sin opiáceos,  $p = 0,05$ ) y una normalización de la integral de presión de relajación (IRP) (15,2 mmHg con vs. 10,9 mmHg sin opiáceos,  $p = 0,002$ ). Sobre el peristaltismo esofágico, 8 (36,4%) pacientes bajo tratamiento con opioides presentaron ondas hipercontráctiles en la ME que se resolvieron en un 50% tras su retirada ( $p = 0,045$ ) y hubo una mejoría en el porcentaje de ondas prematuras (14,1 vs. 4,5% de ondas prematuras sin opioides  $p = 0,026$ ). En la manometría inicial 19 (86,4%) pacientes cumplieron criterios de DEIO: 5 (22,7%) pacientes con EH, 5 (22,7%) con EEH, 7 (31,8%) OFUEG y 2 (9,1%) con acalasia tipo III. Hubo 3 pacientes sin DEIO, 1 con motilidad esofágica ineficaz (4,6%) y 2 sin alteraciones. Tras la suspensión del opiáceo, de los 19 pacientes con DEIO, en 10 (52,6%) se resolvió el trastorno motor esofágico ( $p = 0,002$ ). De los 9 pacientes que no resolvieron el trastorno de la motilidad tras retirar el opioide, 2 tenían acalasia tipo III, 1 paciente EED, 5 pacientes con OFUEG y 1 con esófago hipercontráctil y en la ME sin mórficos persistían con el mismo trastorno motor.

**Conclusiones:** Los opioides incluso los menores como el tramadol, se asocian a DEIO. La suspensión de los opioides se asocia a una mejoría clínica y manométrica objetiva. En los pacientes con un trastorno motor esofágico se debe suspender el opioide antes de plantear un tratamiento más agresivo.