



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

Elizabeth Barba¹, Alberto Ezquerro¹, Luis Gerardo Alcala², Isis Araujo¹, Claudia Barber², Jordi Serra², Marta Gracia³ y Javier Alcedo³

¹Hospital Clínic, Barcelona. ²Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ³Hospital 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 evaluó 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 evaluó 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.