



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

## 151 - LA POSICIÓN DEL PACIENTE DURANTE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN Y LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS APLICADA INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO MANOMÉTRICO

Marta Antón Arnal<sup>1</sup>, Guillem Font Ordeig<sup>1</sup> y Juan Enrique Naves<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Pruebas Funcionales Digestivas, Hospital del Mar, Barcelona.

### Resumen

#### Póster con relevancia para la práctica clínica

**Introducción:** La manometría esofágica de alta resolución (ME) es la prueba de elección para el estudio de los trastornos motores esofágicos. La clasificación de Chicago 4.0 permite la realización de un registro ordenado y la interpretación de resultados. Sin embargo, la influencia de la posición y del método de análisis en la integral de contracción distal (DCI) no se encuentra bien definida. Tampoco se menciona la localización recomendada de la referencia gástrica, fundamental para obtener la presión de relajación integrada (IRP).

**Objetivos:** Evaluar si los cambios posturales y diferentes metodologías de análisis influyen en los resultados manométricos.

**Métodos:** Se revisaron las ME realizadas en nuestro Hospital entre diciembre de 2021 y octubre de 2022 con registro de Chicago 4,0 ampliado (10 degluciones en decúbito y 10 en sedestación). El valor del DCI se determinó de forma automática y manual. El valor de IRP se obtuvo localizando la referencia gástrica en el área de menor presión (RG-amp) y a 2 cm del esfínter esofágico inferior (RG-2cm). Para el análisis del DCI se excluyeron los pacientes con acalasia y peristalsis ausente.

**Resultados:** Se incluyeron 96 pacientes (65% mujeres) con una edad media de 57 años ( $\pm 17$ ). La principal indicación fueron los síntomas de reflujo (52%) y la disfagia (41%). Las medias de DCI automático y manual fueron superiores en decúbito (2.607 y 2.014 mmHg/cm/seg) vs. sentado (1.558 y 1.371 mmHg/cm/seg) siendo las diferencias significativas ( $p < 0,0001$ ). Se obtuvieron además diferencias en el DCI automático vs. manual en decúbito y en sedestación ( $p < 0,0001$ ). Se observó un cambio en el diagnóstico en un 15% de los estudios dependiendo de la metodología de análisis utilizada y en un 16% dependiendo de la postura. Con el análisis manual y en sedestación se observó una mayor proporción de peristalsis inefectiva. El valor de IRP en decúbito y en sedestación utilizando RG-amp (15,5 y 11,1 mmHg) vs. RG-2cm (11,9 y 7,9 mmHg) mostró diferencias significativas ( $p < 0,0001$ ). Esto se tradujo en un cambio en el diagnóstico de un 19,8% de pacientes en decúbito y 14,6% en sedestación, siendo más prevalente la obstrucción al flujo con la RG-amp en ambas posturas.

**Conclusiones:** La postura principal y la metodología de análisis afectan los valores de DCI. La localización de la referencia gástrica afecta el valor de IRP. El diagnóstico manométrico puede variar en función de la postura y la metodología de análisis seleccionadas. En futuras guías se debería definir la postura y la metodología de análisis recomendadas para reducir las diferencias entre laboratorios.