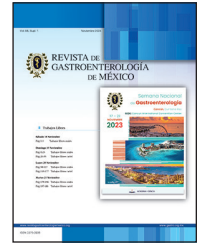




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 20 de noviembre de 2023

Pediatría

Lun133

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: SERIE DE CASOS

J. J. Peña-Gutiérrez, G. Gómez-Navarro, V. Novelo-Alcocer, J. R. Zárate-Guerrero, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es un procedimiento en el cual se coloca una vía de alimentación directamente en el estómago a través de la pared abdominal por vía endoscópica; de esa manera es posible la alimentación enteral cuando no es viable la oral, lo cual se ha relacionado con una mayor supervivencia y mejor calidad de vida. La GEP ha tenido un auge en los últimos años gracias a sus beneficios en relación con el abordaje abierto, entre los cuales resalta una tasa menor de complicaciones y menor invasión y costo. En este país existe tan sólo un precedente similar a este protocolo, un estudio de tesis de 1999 del Hospital Juárez de México, con una población de 12 pacientes, en el cual la indicación predominante fue la afectación del estado neurológico y se enumeraron complicaciones del procedimiento, mas no se evaluaron el estado nutricional ni la estancia hospitalaria, variables revisadas en esta serie de casos.

Objetivo: Identificar las características clínicas de pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel de atención sometidos a GEP.

Informe de casos: Este estudio retrospectivo se realizó en la UMAE Hospital de Pediatría CMNO del IMSS, en el periodo comprendido

entre 2019 y 2023, e incluyó a pacientes menores de 18 años objeto de PEG en el servicio de gastroenterología. Se recabaron las siguientes variables de los expedientes clínicos: fecha de nacimiento, sexo, edad al momento del procedimiento, somatometría e indicación por la cual se realizó y, durante el seguimiento posterior al procedimiento, somatometría, complicaciones y evolución. El estado nutricional se catalogó con base en las tablas de la OMS: puntuación z de peso para la talla para menores de cinco años y percentil de IMC para mayores de cinco años.

Discusión: Se incluyó a un total de 14 pacientes, de los cuales 10 fueron masculinos; la indicación más frecuente fue la enfermedad neurológica definitiva (n = 8), seguida por fibrosis quística (n = 5). La edad promedio de los participantes fue de ocho años, el menor con dos años y el mayor con 15. El estado nutricional predominante fue normal (57,1%), seguido por desnutrición moderada, desnutrición grave y sobrepeso, con dos pacientes cada uno, respectivamente. En el seguimiento se notificó incremento de peso y talla en todos los pacientes (excepto uno en el que no se usó la vía) con un promedio de 2,65 kg y 5,14 cm, respectivamente, en relación con su valoración inicial. Se observaron dos complicaciones en los pacientes incluidos (14,2%), el primero correspondiente a una formación de granuloma en el sitio de inserción de la sonda de gastrostomía y el segundo a una migración del tope interno de gastrostomía (síndrome *buried bumper*), el cual exigió retiro de la sonda desplazada y colocación de una sonda de recambio por vía endoscópica, con buena evolución posterior; no se notificó ninguna complicación grave. La estancia hospitalaria promedio en relación con el procedimiento fue de 2,5 días; no se tomó en cuenta a cuatro pacientes ya que su estancia hospitalaria se prolongó en relación con el tratamiento de su enfermedad subyacente.

Conclusiones: Según esta serie de casos, se confirma la utilidad de la GEP para mejorar el estado nutricional y posiblemente la calidad de vida de los pacientes, con poca frecuencia de complicaciones y baja estancia hospitalaria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun134

HALLAZGOS POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOSPECHA DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO

D. Espinosa-Saavedra, C. M. Urdiera-González, A. C. Ogaz-Campos, B. González-Ortiz, IMSS, UMAE Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI

Introducción: Gracias al avance tecnológico y la miniaturización de los componentes electrónicos, la videocápsula endoscópica se ha convertido en una herramienta valiosa en el abordaje diagnóstico de las afecciones gastrointestinales localizadas en el intestino delgado, la única porción del tracto digestivo fuera del alcance de la endoscopia común. Ahora es posible visualizar la totalidad de la mucosa intestinal en un estudio no invasivo que utiliza radiación ionizante y no requiere sedación profunda o anestesia general. Su rendimiento diagnóstico para identificar el sitio de sangrado activo es mejor en los primeros tres días (95,1%) y hasta dos semanas después del episodio de sangrado (93,1%); después de este tiempo el rendimiento desciende de manera notable (57,1%).

Objetivo: Conocer los principales diagnósticos informados por videocápsula endoscópica en el contexto de pacientes pediátricos con sospecha de hemorragia del intestino medio.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo. Se concentraron los resultados de las video-

cápsulas de pacientes menores de 18 años con sospecha de hemorragia de intestino delgado desde el año 2019, en el servicio de gastroenterología pediátrica de esta unidad.

Resultados: De un total de 31 registros, en la Tabla 1 se describen la edad y la somatometría de los pacientes; se observó un predominio de hombres con 64,5%, con una presentación clínica de hemorragia evidente en 87% y oculta en 13%. Se realizó el estudio en las primeras dos semanas tras el sangrado. Se diagnosticó en el 19,35% sangrado activo y sin lesiones específicas en 6,4%. La afectación por sitio anatómico indicó 42% en yeyuno, 22,6% en íleon y 9,7% en duodeno; las lesiones específicas fueron: úlceras en 22,6%, enteritis en 19,4%, ectasias vasculares en 12,9%, erosiones en 9,6%, sangrado del sitio de anastomosis en 9,6%, vrices en 6,5%, divertículo de Meckel en 6,5%, ausencia de hallazgos específicos en intestino delgado en 6,5%, nevo azul en 3,2% y lesión submucosa en 3,2%. Las lesiones relacionadas con sangrado activo fueron enteritis inespecífica, enteropatía ulcerada y lesiones en el sitio de la anastomosis. Se identificó una distribución equitativa entre los pacientes previamente sanos y aquellos con el antecedente de procedimientos quirúrgicos. No hubo retención de ninguna cápsula y se concluyó el 100% de los estudios. El rendimiento diagnóstico de la capsula fue de 93,5%.

Conclusiones: Aún existen limitaciones por falta de este recurso en los diferentes centros pediátricos especializados y existe además escasa difusión de su utilidad en el ámbito pediátrico. Esta investigación permite conocer la frecuencia de las principales lesiones por videocápsula en el sangrado de intestino medio (úlceras intestinales, 22,6%); el rendimiento diagnóstico de esta serie fue del 93,5% y se corroboró que la cápsula endoscópica es un método diagnóstico seguro. Todavía se requieren más investigaciones con una muestra mayor para lograr la validez externa y, con posterioridad, realizar un estudio multicéntrico nacional con los principales centros de gastroenterología pediátrica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Principales hallazgos en pacientes con sospecha de hemorragia de intestino delgado sometidos a cápsula endoscópica. (Lun134)

Características de la población estudiada				
	Promedio		Límite inferior	Límite superior
Edad (años)	9,37		0,5	17
Peso (kg)	31,8		8	64
Talla (cm)	123		80	172
Posoperados	n = 12	38,7%	Sangrado activo	n = 6 (19,35%)
Previamente sanos	n = 13	42%	Sin evidencia de sangrado	n = 24 (77,4%)
Sexo n = 31	Hombres n = 20 (64,5%)	Mujeres n = 11 (35,5%)	Sin lesiones específicas	n = 2 (6,4%)
Frecuencia de lesiones notificadas por videocápsula endoscópica (n = 31)			Sitio anatómico afectado	
Úlcera	n = 7	22,6%		
Enteritis	n = 6	19,4%	Duodeno	3 (9,7%)
Ectasias vasculares	n = 4	12,9%		
Erosiones	n = 3	9,6%	Yeyuno	13 (42%)
Sangrado de anastomosis biliodigestiva	n = 3	9,6%		
Vrices	n = 2	6,5%	íleon	7 (22,6%)
Meckel	n = 2	6,5%	Sin afectación específica de intestino delgado	3 (9,7%)
Sin hallazgos en intestino delgado	n = 2	6,5%	Sitio anatómico no especificado	5 (16%)
Nevos azules	n = 1	3,2%	Rendimiento diagnóstico	93,5%
Lesión submucosa	n = 1	3,2%	Sangrado evidente Sangre oculta	n = 27 (87%) n = 4 (13%)

Lun135

COMPLICACIONES RELACIONADAS A LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA, ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA, CON Y SIN FUNDUPLICATURA

A. Méndez-Contreras, E. Montijo-Barrios, J. Amezcua-Martínez, O. A. Pérez-González, F. E. Zárate-Mondragón, K. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, E. M. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Hay varios métodos para practicar una gastrostomía. Ciertas veces conlleva la realización de funduplicatura; sin embargo, se considera que se abusa de ella, con todas las complicaciones que implica.

Objetivo: Comparar las complicaciones relacionadas con la gastrostomía endoscópica percutánea, así como con las de tipo abierto y laparoscópico, con y sin funduplicatura en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, comparativo y observacional de 128 pacientes de 0 a 18 años, dividido en dos grupos de 64 pacientes cada uno. El primer grupo se integró con pacientes sometidos a gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) como único procedimiento. En el segundo grupo se incluyó a pacientes sometidos a gastrostomía abierta o laparoscópica, con o sin funduplicatura concomitante (GALFC). En este último grupo, 60 de los 64 pacientes, equivalente al 93,8%, fue objeto de funduplicatura además de la cirugía. Se realizó una revisión de los expedientes del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo del 1 enero del 2018 al 1 enero del 2023.

Resultados: La alteración de la mecánica de deglución fue la indicación más frecuente para programar gastrostomía en ambos grupos (87,5% del grupo GEP vs. 98,4% del grupo GALFC). El diagnóstico de base más frecuente para los dos grupos fueron las enfermedades neurológicas congénitas (37,5% del grupo GEP vs. 35,9% del grupo GALFC). Las diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos fueron: presencia de periestomatitis ($p < 0,001$, V de Cramer = 0,344) en 18 de 64 casos (28,1%) de GALFC, mientras que sólo se observó periestomatitis en 2 casos (3,1%) de GEP. La presencia de granulomas ($p = 0,007$, V de Cramer = 0,240) se encontró en 18 de 64 casos (28,1%) del grupo GALFC y en 6 (12%) cuando se practicó GEP. Como se muestra en la **Tabla 1**, también se reconocieron diferencias significativas en relación con las horas de inicio de la alimentación posterior a la operación, de tal modo que fueron menores cuando se realizó GEP (mediana = 8, rango = 186) respecto de cuando se efectuó GALFC (mediana = 72; rango = 888) ($U = 69,419 = 183$, $p < 0,001$, $d = 0,899$). Asimismo, el tiempo en días en el que se alcanzó el requerimiento energético total fue significativamente menor cuando se

Tabla 1. Resultado de pruebas de asociación (U de Mann-Whitney). (Lun135)

Variable	Grupo	M (rango)	U	p	g*
Tiempo de alimentación**	Grupo 1-	8 (186)	69,4	< 0,001	0,899
	Grupo 2- ~	72 (888)			
Días de requerimientos***	Grupo 1	1 (22)	793,5	0,001	0,492
	Grupo 2	5 (70)			

*g, g de Hedges, valor correspondiente a un tamaño del efecto grande.

**Tiempo de inicio de alimentación enteral posterior al procedimiento.

***Días para alcanzar los requerimientos energéticos totales.

- Pacientes con gastrostomía endoscópica percutánea.

- - Pacientes con gastrostomía abierta tipo Stamm o laparoscópica con funduplicatura.

realizó GEP (mediana = 1, rango = 22) que cuando se practicó GALFC (mediana = 5; rango = 70) ($U = 793,5$, $p < 0,001$, $d = 0,492$). El análisis sobre el cambio de peso en cada paciente dividido por grupos mostró diferencias estadísticamente significativas (ambos casos $p < 0,001$). Para el grupo de GEP, la mediana de peso antes de la cirugía fue de 7,2 kg (rango = 82,6), mientras que para el grupo GALFC la mediana fue de 7,6 kg (rango = 60). En cuanto al peso medido seis meses después de la intervención, la mediana para el grupo GEP fue de 8,7 kg (rango = 37,6), en tanto que para el grupo GALFC fue de 10,2 kg (rango = 56,5). Sin embargo, la comparación del peso a los seis meses entre los dos grupos de tratamiento no resultó estadísticamente significativa ($p = 0,026$). En relación con el grupo de pacientes pertenecientes al grupo de GEP fue necesario realizar la funduplicatura después de la cirugía debido al diagnóstico de reflujo gastroesofágico en 2 de 64 pacientes, equivalentes al 3,1%.

Conclusiones: El grupo de pacientes sometidos a GEP como único procedimiento tuvo una menor frecuencia de complicaciones respecto del grupo de GALFC. Los tiempos de inicio de alimentación y el alcance del requerimiento energético total fueron menores en el grupo de GEP en comparación con el grupo de GALFC. La ganancia de peso a seis meses en pacientes sometidos a GEP fue mayor que en pacientes del grupo de GALFC. Muy pocos individuos requirieron funduplicatura después de la gastrostomía (2/64), equivalentes al 3,1%, por lo que la evidencia actual no apoya la funduplicatura concomitante de manera regular.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Lun136

USO DE NUEVAS HERRAMIENTAS (IBMN Y PSPW) PARA AUMENTAR LA EXACTITUD DIAGNÓSTICA DEL MONITOREO POR IMPEDANCIA PH-METRÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

A. I. Quesada-Tortoriello, E. Suárez-Morán, F. E. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, P. Gálvez-Castillejos, G. Morales-Osorio, Y. Zamorano-Orozco, L. Escobedo-Berumen, Hospital Español

Introducción: El ESPGHAN European Pediatric Impedance Working Group (ESPGHAN EURO-PIG) propuso valores de normalidad de impedancia pH-metría con el fin de estandarizar el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en la población pediátrica. Sin embargo, al igual que en la población adulta, existe un subgrupo de pacientes pediátricos que no satisface los criterios descritos, considerados como casos de diagnóstico inconcluso o "zona gris". Debido a la gran variabilidad clínica de esta enfermedad en la población pediátrica es compleja la diferenciación de los casos de ERGE respecto de otros trastornos funcionales en este grupo etario. En tales casos, la impedancia basal nocturna media (IBNM) y la *Post swallow peristaltic wave* (PSPW) pueden ser de utilidad para diferenciar los casos de reflujo gastroesofágico respecto de otros trastornos gastrointestinales funcionales. Además de la probable correlación entre los síntomas y las características de los episodios de reflujo, podría tener valor predictivo respecto de la respuesta al tratamiento.

Objetivo: Demostrar la utilidad de las nuevas herramientas (IBMN y PSPW) para aumentar la exactitud diagnóstica de la vigilancia por impedancia pH-metría en la diferenciación de pacientes pediátricos con enfermedad de reflujo gastroesofágico en relación con las afeciones funcionales gastrointestinales.

Material y métodos: Se llevó a cabo la revisión de 32 trazos de impedancia pH-metría en pacientes pediátricos con sospecha de reflujo gastroesofágico, con obtención de muestra a conveniencia de

Tabla 1. Media de parámetros de acuerdo con el grupo fenotípico. (Lun136)

	NERD	Hipersensibilidad	Pirosis funcional
TEA % (media ± DE)	11% (± 6,3)	2% (± 1,43)	1% (± 1,25)
IBNM Ohms (media ± DE)	167.311 (± 598.673)	2.303 (± 837.839)	2.417 (± 656,23)
PSPW % (media ± DE)	20% 11 (± 28.884)	47% (± 29.237)	52% (± 43,85)

la unidad de fisiología y motilidad gastrointestinal de Instituto Nacional de Pediatría, centro de atención de tercer nivel. Se subdividió a los pacientes en tres grupos de acuerdo con su fenotipo clínico según el consenso de Lyon (reflujo gastroesofágico no erosivo, hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional). Se determinaron la media y la desviación estándar del tiempo de exposición al ácido (TEA), IBNM y PSPW de cada uno de los grupos fenotípicos. Como objetivo secundario se utilizó, al aumentar el número de la muestra, el análisis de regresión multivariado para establecer una relación sintomática y se valoró la exactitud diagnóstica del PSPW y la MNBI mediante curva ROC.

Resultados: En los 32 pacientes incluidos en el estudio se detectó un valor menor de IBNM y PSPW en los trastornos funcionales en comparación con el grupo de reflujo gastroesofágico no erosivo. Se informó una media del IBNM de 1.673 y PSPW de 20% en el grupo de reflujo gastroesofágico, IBNM de 2.303 y PSPW de 47% en el grupo de hipersensibilidad, IBNM de 2.416 y PSPW de 52% en el grupo de pirosis funcional. Se notificó una relación inversa entre el parámetro de tiempo de exposición al ácido (TEA) con los parámetros de IBNM y PSPW, con una media de 11%, 2% y 1% en el grupo de reflujo, hipersensibilidad y pirosis funcional, respectivamente (Tabla 1).

Conclusiones: La IBNM y PSPW son marcadores de utilidad en la detección, categorización y diferenciación de los pacientes entre los diferentes fenotipos clínicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y los trastornos funcionales en la población pediátrica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo

Lun137

HALLAZGOS EN LA MANOMETRÍA ANORRECTAL DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Cruz-Bautista, Z. A. Monroy-Teniza, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: El estreñimiento crónico (EC) tiene una prevalencia mundial de 0,7% a 29,6% y se clasifica en primario (EP) y secundario (ES). El EP constituye 90% a 95% de los casos y se diagnostica por los criterios de Roma IV; por otro lado, el ES representa 5% a 10% de los casos y su característica es la existencia de una enfermedad subyacente. La manometría anorrectal de alta resolución (MAR) es la norma de referencia para valorar la función neuromuscular-anorrectal.

Objetivo: Describir los hallazgos de MAR en pacientes con EC e identificar el número de pacientes con trastornos de la motilidad y ausencia del reflejo rectoanal inhibitorio (RRAI).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en un periodo de cinco años (2018-2022) de pacientes de 1 mes a 18 años sin distinción de sexo, con estreñimiento primario y secundario que contaran con manometría anorrectal de alta resolución, atendidos en la clínica de motilidad del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI. El muestreo fue no probabilístico por casos consecutivos. Análisis estadístico: para las variables cualitativas se usó estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se analizaron con el Software JMP® SPSS 25 y se identificó una distribución paramétrica de éstas, con utilización de la prueba de Kolmogorov-Smirnov; como medida de tendencia y dispersión se empleó la media y desviación estándar. Se compararon las medias obtenidas para cada variable de la MAR y se utilizó la t de Student para comparar las variables por sexo y ANOVA y comparar la media de los grupos etarios.

Resultados: Se incluyó a 59 pacientes, 54 (92%) correspondieron a EP y 5 (8%) a ES, con 30 mujeres (50,8%) y 29 hombres (49,2%); la edad promedio fue 9 de años. Las presiones medias del esfínter en reposo y de máxima contracción voluntaria fueron de 64,3 ± 35 mmHg y 118,2 ± 60,8 mmHg, respectivamente. La longitud del canal anal fue de 1,8 ± 0,6 cm en correspondencia con la edad. La primera sensación, urgencia y volumen crítico se observaron con volúmenes de balón de 29,1 ± 19,4 cm³, 108,9 ± 45 cm³ y 126,6 ± 45,7 cm³, respectivamente. El resto de los valores se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La población de estudio mostró un umbral de tolerancia al volumen superior a lo informado previamente en la bibliografía internacional, lo que sugiere que la raza, el origen étnico o el

Tabla 1. Descripción de los parámetros de manometría anorrectal de alta resolución de acuerdo con la edad y el sexo en pacientes con estreñimiento primario y secundario. (Lun137)

Variable	Total		Masculino		Femenino		p*	p	< 5 años		5-8 años		9-12 años		> 12 años		p**
	N	Media (±)	n	Media (±)	n	Media (±)			Media (±)	n	Media (±)	n	Media (±)	n	Media (±)		
Presión del esfínter media reposo (mmHg)	59	64,3 (35,0)	29	61,8 (20,9)	30	66,8 (44,9)	0,87	12	77,2 (44,2)	10	69,7 (48,1)	25	58,0 (26,1)	12	60,2 (28,19)	0,91	
Longitud del canal anal (cm)	59	1,8 (0,6)	29	1,8 (0,6)	30	2,0 (0,7)	0,11	12	1,8 (0,6)	10	1,9 (0,6)	25	1,7 (0,5)	12	1,8 (0,6)	0,89	
Presión anal residual (mmHg)	59	67,5 (31,7)	29	69,1 (29,1)	30	65,9 (34,5)	0,95	12	58,1 (27,9)	10	68,8 (36,7)	25	71,4 (35,5)	12	66,9 (23,2)	0,20	
Porcentaje de distensión anal (%)	59	23,4 (21,8)	29	18,9 (18,7)	30	27,8 (23,9)	0,03	12	32,1 (25,3)	10	24,1 (27,5)	25	22,7 (17,7)	12	15,8 (20,4)	0,24	
Presión intrarrectal (mmHg)	59	92,7 (30,9)	29	95,4 (36,8)	30	90,1 (24,3)	0,78	12	75,5 (26,0)	10	86,9 (26,8)	25	102,2 (34,2)	12	95,1 (26,0)	0,23	

Diferencial de presión anorrectal (mmHg)	59	27,3 (25,4)	29	26,8 (22,8)	30	27,7 (28,0)	0,87	12	21,6 (28,0)	10	18,7 (31,7)	25	30,4 (26,2)	12	33,4 (11,2)	0,86
Presión del esfínter máxima (mmHg)	59	118,2 (60,8)	29	136,0 (43,7)	30	101,0 (70,2)	0,90	12	111,5 (66,5)	10	128,2 (66,0)	25	112,3 (57,4)	12	128,8 (63,0)	0,20
Primera sensación (cm ³)	59	29,1 (19,4)	29	25,8 (9,0)	30	32,3 (25,5)	0,03	12	30 (8,5)	10	23,0 (8,2)	25	28,8 (17,1)	12	34,2 (33,9)	0,45
Urgencia (cm ³)	59	108,9 (45,0)	29	100,3 (42,5)	30	117,3 (46,4)	0,10	12	82,5 (25,2)	10	93 (28,3)	25	114,4 (42,3)	12	137,5 (59,4)	0,57
Volumen crítico (cm ³)	59	126,6 (45,7)	29	117,9 (43,9)	30	135 (46,5)	0,53	12	92,5 (34,1)	10	102,0 (31,9)	25	143,6 (36,0)	12	145,8 (57,6)	0,86
Distensibilidad rectal mínima (cm ³ /mmHg)	59	0,3 (0,3)	29	0,3 (0,1)	30	0,3 (0,4)	0,37	12	0,2 (0,1)	10	0,2 (0,1)	25	0,3 (0,3)	12	0,4 (0,5)	0,07
Distensibilidad rectal máxima (cm ³)	59	7,8 (27,0)	29	3,3 (2,7)	30	12,2 (37,5)	0,04	12	2,7 (2,4)	10	3,1 (2,4)	25	8,8 (29,5)	12	14,9 (42,7)	0,07

±, desviación estándar; mmHg, milímetros de mercurio; cm, centímetros; s, segundos; cm³, centímetros cúbicos; p*, t de Student; p**, ANOVA.

entorno psicosocial podrían ser factores relacionados con diferencias en la sensibilidad rectal. Se identificó significancia estadística en los valores de distensibilidad rectal al compararlos entre sexos, y fue mayor en pacientes femeninos. En cuanto a los resultados por grupos de edad, los hallazgos fueron homogéneos. La disinergia defecatoria se encontró en el 35% de los pacientes con EP y la más frecuente fue la disinergia de tipo 1 (55%) seguida por la de tipo 3 (34%). Las causas de estreñimiento orgánico fueron malformación anorrectal tipo cloaca, espina bífida oculta y mielomeningocele. El RRAI no se identificó en nueve pacientes por lo que se realizó biopsia endorrectal, que confirmó el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung en el 44%; en el 23% se reconoció la presencia de células ganglionares por lo que el diagnóstico final fue acalasia del esfínter anal. No se dispone de información en estudios de motilidad gastrointestinal en el área pediátrica en México; la descripción de los hallazgos de este estudio puede retomarse en diferentes centros nacionales para actualizar los algoritmos diagnósticos-terapéuticos en la población mexicana.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun138

ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE IMPEDANCIA BASAL DIURNA Y ACLARAMIENTO ESOFÁGICO EN NIÑOS CON TRASTORNOS FUNCIONALES ESOFÁGICOS

L. Gordillo-Rodríguez, E. M. Toro-Monjaraz, J. A. Ramírez-Mayans, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, R. Cervantes-Bustamante, M. C. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE) es una anomalía que aparece en pacientes con síntomas de reflujo, en ausencia de lesiones esofágicas endoscópicas. La ERNE es la presentación más frecuente de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Se puede subdividir en tres grupos: ERNE verdadera (exposición esofágica anormal al ácido), hipersensibilidad al reflujo (exposición esofágica normal al ácido con síntomas) y pirosis funcional (exposición esofágica normal al ácido sin síntomas). La fisiopatología es poco clara. La impedancia basal es un parámetro relacionado con la integridad de la mucosa esofágica e incremento de la sensibilidad al ácido.

Objetivo: Comparar las métricas de la pH-impedanciometría, con mayor enfoque en el aclaramiento esofágico, línea basal diurna

(MDBI) y nocturna (MNBI) en los canales distales en niños con ERNE. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se incluyó a todos los pacientes con síntomas típicos de reflujo, sometidos a endoscopia alta con mucosa esofágica normal y pH-impedanciometría, en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México de enero de 2015 a diciembre de 2022. La impedancia basal diurna y nocturna media se evaluó en los canales distales (5-6) durante tres horas en el día (8:00-11:00 h) y la noche (01:00-04:00 h), respectivamente. El aclaramiento esofágico se calculó con el software de pH-impedancia Sandhill. Las frecuencias y los porcentajes se informaron como medidas descriptivas. Para la comparación multivariante entre los grupos se realizaron t de Student y Anova.

Resultados: Se incluyó a 40 niños, 19 hombres (47,5%) y 21 mujeres (52,5%). La muestra se dividió en tres grupos: 12 (30%) con ERNE verdadero (ERNEv), 18 (45%) con hipersensibilidad al reflujo (HR) y 10 (25%) con pirosis funcional (PF). No hubo diferencias significativas en edad y sexo entre los grupos. En el grupo de PF fue más frecuente el sexo femenino. En ERNEv, 91% de los niños tenía regurgitaciones. La disfagia fue el síntoma más prevalente en HR (55%; $p < 0,006$). La saciedad pronta se encontró en el 50% de los pacientes en PF ($p < 0,018$). El índice de reflujo en ERNEv fue de $12 \pm 2,38$, en HR de $1,7 \pm 0,35$ y en PF de $2,34 \pm 1,03$. No se encontraron diferencias entre los tres grupos en el episodio más largo de reflujo ($p < 0,063$) y el reflujo ácido total medido por impedancia ($p < 0,782$). Al comparar ERNEv con HR se observó mayor tiempo de aclaramiento esofágico en decúbito (media $389,3 \pm 141,8$ vs. $35,2 \pm 9,1$; $p < 0,005$) y aclaramiento esofágico total (media $159,7 \pm 34,1$ vs. $49,7 \pm 10,7$; $p < 0,001$). Por otro lado, la ERNEv comparada con PF obtuvo mayor tiempo de aclaramiento esofágico en decúbito (media $389,3 \pm 141,8$ vs. $60,7 \pm 29,8$; $p < 0,018$), y la MDBI en C6 mostró cifras más bajas ($p < 0,033$). Al correlacionar los tres grupos se identificaron diferencias significativas en el aclaramiento esofágico en decúbito ($p < 0,003$) y total ($p < 0,004$), lo que revela un aclaramiento esofágico bajo en el grupo de ERNEv. En cuanto a la MDBI en C6 se reconocieron diferencias entre los tres grupos, $p < 0,018$ (ERNEv: $1.862,17 \pm 290,10$; HR: $2.828,17 \pm 211,54$; PF: $2.793,90 \pm 275,58$; Fig. 1).

Conclusiones: La hipersensibilidad al reflujo es el trastorno más frecuente en pediatría, lo cual coincide con las publicaciones internacionales. El aclaramiento esofágico se halla retardado en pacientes con trastornos funcionales. La línea basal diurna, al igual que la nocturna, puede tener un valor diagnóstico importante para diferenciar los trastornos funcionales esofágicos de los pacientes con reflujo patológico. Se necesitan más estudios prospectivos para diferenciar estos trastornos y confirmar estos resultados y poder identificar el mejor enfoque terapéutico específico para cada fenotipo de ERNE.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. Comparación de valores de impedancia basal diurna (MDBI) que demuestra diferencias significativas entre los grupos ($p < 0,018$). (Lun138)

