

#42 - HALLAZGOS EN MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES DERIVADOS PARA ESTUDIO PRE OPERATORIO DE HERNIA HIATAL

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-042>

Christian von Muhlenbrock Pinto¹, Karin Herrera¹, Claudia Defilippi Guerra²

¹Universidad de los Andes, ²Universidad de Chile.

Introducción: La unión esofagogástrica (UEG) consiste en el esfínter esofágico inferior (EEI) intrínseco y la Crura Diafragmática. La manometría esofágica de alta resolución (MAR) puede detectar de manera confiable una hernia hiatal axial, respaldada por estudios que la comparan con esofagograma baritado, endoscopia o cirugía. La Clasificación de Chicago v4.0 (CCv4.0) se emplea para categorizar los trastornos de la motilidad esofágica basándose en las métricas de la MAR y es necesaria cuando se considera una cirugía en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico para descartar trastornos motores. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de trastornos motores esofágicos usando CCv4.0 en pacientes derivados para estudio pre quirúrgico con y sin Hernia Hiatal diagnosticada manométricamente. **Correlacionar** el largo de Hernia Hiatal (HH) medido por manometría con largo estimado endoscópico o imagenológico. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes derivados para estudio pre operatorio que se sometieron a manometría de alta resolución (MAR) en nuestro laboratorio, entre los años 2021 y 2024. La MAR se realizó con equipo Medtronic según protocolo Chicagov4.0. Se registraron datos demográficos, encuestas sintomática validadas (GERD-Q) y hallazgos de la endoscopia (EDA) incluyendo medición en centímetros de largo HH. En MAR se describió características UGE incluyendo presión basal, integral contráctil, largo esfínter y largo hernia hiatal. Se excluyeron pacientes derivados por disfagia, con sospecha de Acalasia, Esclerodermia, Chagas o cirugía previa. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva, (frecuencias y medidas de tendencia central), Prueba de normalidad, Prueba de Chi2, U-Mann Whitney, T- de Student, con un nivel de confianza $p < 0,05$. SPSS v29. **Resultados:** De 336 pacientes derivados para estudio pre operatorio por HH, se incluyeron 272 pacientes, con edad promedio 56,5 años, 207 (70,6%) mujeres, IMC 29,1. El largo promedio medido por endoscopia fue de 4,2 cm (rango 1-11). De ellos, 171 pacientes se confirmó una unión gastroesofágica tipo III con una correlación positiva con manometría ($r=0,423$ IC95 0,35-0,60) Figura 1. El largo promedio de HH por MAR fue 3,12 cm (rango 1,1-10), largo del esfínter propio de 2,17 mm y presión basal 14,4 mmHg. Este grupo 124 (72,1%) presentaron una motilidad normal, 41 (23,8%) motilidad inefectiva, 4 (2,3%) obstrucción al tracto de salida y 3 (1,8%) contractibilidad ausente. En 101 (58,7%) se realizó concomitante una pH metría de 24 horas con un tiempo de exposición ácida promedio de 10,7% (rango 0,4-54%) y 36 contaron con medición de impedancia basal nocturna siendo promedio 1371 Ohm. Al comprar con un grupo control de 91 pacientes derivados por HH pero con UGE tipo I y II en Manometría (tabla 1), se observa similar frecuencia de trastornos motores pero menor tiempo de exposición ácida y mayor impedancia basal nocturna. **Conclusión:** En nuestra serie local, existe un número no despreciable de trastornos de la peristasis en ambos grupos, incluyendo contractibilidad ausente, lo que puede modificar el tratamiento quirúrgico, sin diferencia entre aquellos con y sin HH lo que concuerda con lo propuesto por Consenso de Padova. La medición del largo de HH por manometría es concordante con el de endoscopia siendo ambas técnicas válidas.



Figura: Correlación entre medición de largo de hernia hiatal por endoscopia digestiva alta y manometría esofágica de alta resolución.

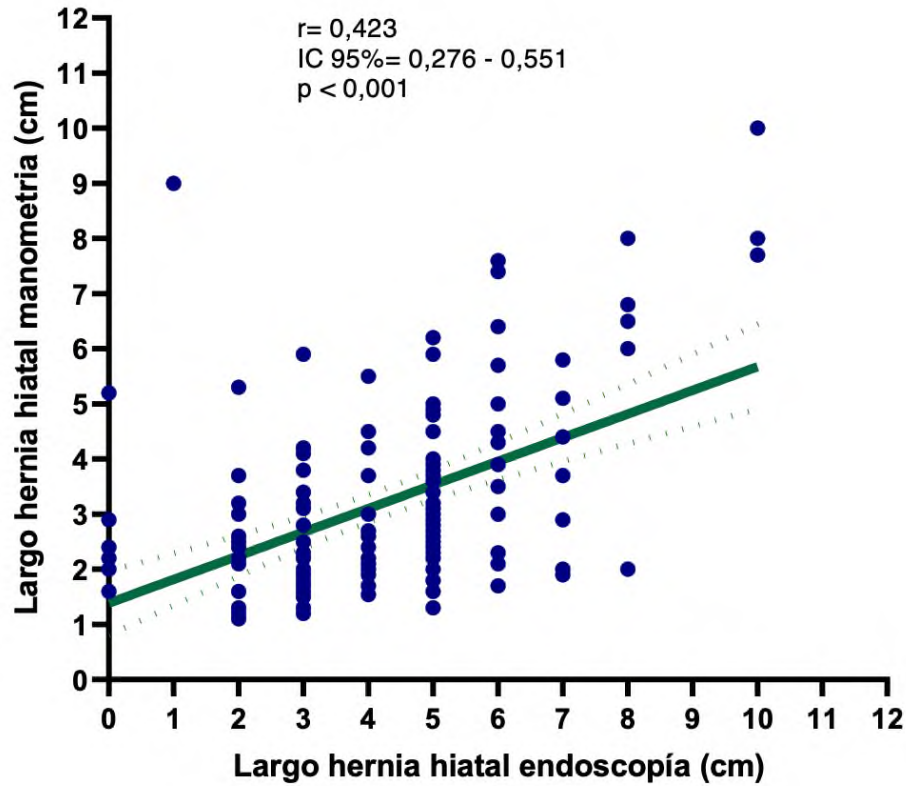


Tabla: Descripción y Análisis por grupos.

| Parámetro | Total n=262 | UGE tipo I y II n= 91 | UGE tipo III n=171 | p value |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------|
| Femenino (n,%) Masculino (n,%) | 187 (71,49) 75 (28,6) | 58 (63,7) 33 (36,3) | 129 (75,4) 42 (24,6) | 0,46 |
| Tamaño Hernia Hiatal endoscópico (cm; mediana,RIQ) | 4 (3-5) | 3 (2-4) | 4 (3-6) | 0,001 |
| Largo Hernia Hiatal manométrica (cm; mediana,RIQ) | N/A | N/A | 2,6 (2,0-3,8) | 0,001 |
| Largo Esfínter propio (mm; mediana,RIQ) | 2,3 (1,8-2,9) | 2,9 (2,0-3,6) | 2,1 (1,8-2,5) | 0,001 |
| Presión basal esfínter propio (mmHg; mediana,RIQ) | 12,45 (7,38- 20,05) | 15,0 (9,2-19,5) | 11,4 (6,4-20,5) | 0,06 |
| Integral contráctil esfínter propio (mmHg.s; mediana,RIQ) | 17,3 (10,2-27,8) | 20,8 (12,7-27,1) | 15,8 (8,8-28,5) | 0,06 |
| Motilidad Esofágica Normal (n/%) | 190 (72,5) | 66 (72,5) | 124 (72,5) | 0,99 |
| Motilidad Inefectiva(n/%) | 61 (23,3) | 21 (23,1) | 40 (23,4) | 0,95 |
| Obstrucción al Tracto de Salida (n/%) | 7 (2,7) | 3 (3,3) | 4 (2,3) | 0,65 |
| Contractibilidad Ausente (n/%) | 4 (1,5) | 1 (1,1) | 3 (1,8) | 0,68 |
| Tiempo de Exposición Ácida (%;mediana,RIQ) | 8,4 (3,4-13,1) | 7,6 (3,3-11,5) | 8,7 (3,7-14,35) | 0,22 |
| Impedancia Basal nocturna (Ohm; mediana,RIQ) | 1285 (757-1977) | 1490 (795-2712) | 1205 (752-1797) | 0,19 |