



Gastroenterología y Hepatología



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

O-14 - RESPUESTAS AL GAS GÁSTRICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS FUNCIONALES GASTRODUODENALES

E.N. Caballero, I. Marín, B. Benslaiman y J. Serra

Unidad de Motilidad y Trastornos funcionales digestivos. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: Los eructos de origen gástrico son una respuesta refleja que se desencadena por la distensión del fundus gástrico, y ha sido reconocido como un mecanismo protector de ventilación para evitar la acumulación sintomática de gas en el estómago. Sin embargo, y a pesar de que los pacientes con trastornos funcionales a menudo refieren el empeoramiento de los síntomas después de las comidas, el papel del reflejo de los eructos en la generación de síntomas en estos pacientes ha sido poco investigado.

Objetivos y métodos: Nuestro objetivo fue comparar las respuestas al gas gástrico en pacientes con eructos frecuentes y dispepsia funcional, y compararlo con una cohorte de controles sanos. Se estudiaron 8 voluntarios sanos sin síntomas gastrointestinales, 8 pacientes con eructos frecuentes y 8 pacientes con dispepsia funcional de acuerdo con los criterios de Roma IV, a cada uno de ellos se infundió 1.500 ml de una mezcla de gases no absorbibles en el estómago, a 5 cm caudal en el margen inferior del EEI, a 25 ml/min durante 60 min. Los eructos fueron medidos mediante una sonda de manometría esofágica/impedanciometría de alta resolución y la evacuación de gas rectal, a través de un tubo rectal conectado a un barostato, se registró continuamente durante 90 minutos. La percepción epigástrica se registró a intervalos de 10 minutos utilizando un cuestionario graduado con una escala del 0-6.

Resultados: Los sujetos sanos evacuaron virtualmente todo el gas infundido a través del recto (1.560 ± 102 ml) sin un incremento en los números de eructos ($0,2 \pm 0,2$ eructos). Los pacientes con dispepsia funcional tuvieron una evacuación de gas rectal similar (1.469 ± 45 ml) y eructos ($0,1 \pm 0,1$ eructos) como el grupo control. Por el contrario, los pacientes con eructos frecuentes tuvieron una evacuación rectal significativamente menor (1.208 ± 78 ml, $p < 0,05$ frente a los controles y dispepsia) que se asoció a un mayor número de eructos durante la infusión de gas (33 ± 13 eructos; $p < 0,05$ vs controles y dispepsia). La infusión de gas gástrico se asoció a un incremento menor en la percepción abdominal en controles sanos (incremento de puntuación de $1,0 \pm 0,4$). En cambio, los pacientes con dispepsia funcional desarrollaron una percepción significativa de los síntomas epigástricos durante la infusión de gas ($2,5 \pm 0,6$ incremento de puntuación, $p < 0,05$ frente a los controles), mientras que los pacientes con eructos frecuentes no desarrollaron percepción epigástrica ($0,9 \pm 0,2$ $p < 0,05$ frente a dispepsia funcional) a pesar de la evacuación de gas rectal inferior asociada al aumento de número de eructos.

Conclusiones: Los pacientes con trastornos gastroduodenales específicos presentan diferentes respuestas a incrementos en el gas gástrico. Mientras que en pacientes con dispepsia funcional el eructo es excepcional y el gas gástrico puede inducir síntomas epigástricos, el aumento del eructo en respuesta al gas gástrico parece prevenir los síntomas epigástricos en pacientes con eructos frecuentes.