PP.63. Reflujo gastroesofágico tras hernia diafragmática congénita: incidencia, factores de riesgo y necesidad de cirugía

Mònica Belenguer Farrerons[1], Clara Massaguer Bardají[1], Irene de Haro Jorge[1], María Elena Muñoz Fernández[1], Raimon Ripoll Palmés[1], Mariona Bayarri Moreno[1], Xavier Tarrado Castellarnau[1], Jordi Prat Ortells[1], Clara Massaguer Bardají[2].

1. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona
2. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell

Introducción

El reflujo gastroesofágico (RGE) es una comorbilidad descrita en supervivientes de hernia diafragmática congénita (HDC). En nuestro centro, todos los pacientes reciben inhibidores de la bomba de protones por protocolo hasta evaluación del RGE.

Objetivos

Estudiar la incidencia y factores de riesgo de RGE y RGE quirúrgico.

Material y método

Estudio retrospectivo unicéntrico de neonatos intervenidos de HDC entre 2014-2024. Se incluyen pacientes evaluados mediante pH-impedanciometría o endoscopia. La variable principal es la presencia de RGE; la secundaria la necesidad de cirugía antirreflujo. Se realizan análisis descriptivos y regresión logística sobre la cohorte completa y subanálisis según lateralidad del defecto.

Resultados

Se incluyen 66 pacientes; 56 con defecto izquierdo y 10 derecho. Se documenta RGE en 36 (54,5%), de los cuales 8 (22,2%) requieren cirugía. La lateralidad izquierda (OR 6,18; IC95%: 1,2–31,9) y el *observed/expected lung-to-head ratio* (o/e LHR) (OR 0,96; IC95%: 0,93–0,99) se asocian significativamente con la presencia de RGE. En defectos izquierdos, la localización intratorácica del estómago muestra tendencia hacia mayor riesgo de RGE (OR 2,95; IC95%: 0,92–9,48). La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se identifica como predictora de RGE quirúrgico (OR 8,60; IC95%: 1,62–45,54). No se evidencian otros predictores significativos.

Conclusiones

El RGE es frecuente en nuestra cohorte, afecta a más de la mitad de los pacientes. Encontramos mayor riesgo de RGE en defectos izquierdos y en HDC con menor o/e LHR. Los hallazgos sugieren que nuestra profilaxis sistemática se podría reconsiderar y ajustar a subgrupos, aunque el tamaño muestral limita la obtención de conclusiones definitivas.