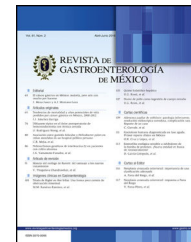




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



EDITORIAL

Diferencias en los subtipos de acalasia basadas en síntomas clínicos, hallazgos radiológicos y puntajes de estasis



Achalasia subtype differences based on clinical symptoms, radiographic findings, and stasis scores

El artículo de Meillier et al.¹ incluido en este número evalúa las diferencias clínicas entre los subtipos de acalasia basadas en síntomas, esofagograma y un nuevo puntaje de estasis esofágico medido con manometría de alta resolución-impedancia (MAR-i). Los hallazgos interesantes de este estudio en 108 pacientes son: 1) Los síntomas clínicos no ayudan a distinguir los diferentes subtipos de acalasia a excepción del vómito, que fue más común en el subtipo I; 2) El grado de dilatación esofágica medido por el diámetro mayor del esófago distal en el esofagograma es significativamente menor en el subtipo III, pero no es diferente entre los subtipos I y II, y 3) El puntaje de estasis no es diferente entre los 3 subtipos.

Aunque este trabajo tiene las limitaciones de ser un estudio retrospectivo y con un número limitado de pacientes en el subtipo I, pone de manifiesto la imposibilidad de clasificar los subtipos de acalasia con cuestionarios de síntomas o con parámetros que miden la estasis esofágica. Es imperativo el uso de la MAR para poder establecer esta clasificación, que como sabemos tiene importancia pronóstica, ya que predice respuesta al tratamiento²⁻⁷.

Llama la atención en la serie de casos de Meillier et al.¹ que el promedio de edad en el subtipo I fue menor que en los subtipos II y III, y de manera más intrigante, que el diámetro esofágico fue mayor en el subtipo II, que en el I. Tradicionalmente inferíamos, por estudios previos, que el subtipo II correspondía a los estados iniciales de la acalasia y que el subtipo I ocurría en las etapas avanzadas de la enfermedad en la cual, la dilatación importante del cuerpo del esófago con retención de restos alimentarios era una característica⁸. Los hallazgos de Meillier et al.¹ no concuerdan con esta hipótesis. Por otro lado, los estudios que evalúan las alteraciones histológicas y el tipo de infiltrado inflamatorio del esfínter esofágico inferior obtenido por

biopsias de espesor muscular completo durante miotomías quirúrgicas, han sugerido que la acalasia tipo III parece tener un comportamiento diferente al de la acalasia tipos I y II, sugiriendo un mecanismo fisiopatológico, en términos de lesión neuromuscular, distinto⁹. Se requiere de un mayor número de estudios para aclarar cuál es la historia natural de la acalasia, y cuáles son los factores que determinan la presentación de sus diferentes tipos manométricos.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Meillier A, Midani D, Caroline D, et al. Difference of achalasia subtypes based on clinical symptoms, radiographic findings, and stasis scores [Article in English, Spanish]. *Rev Gastroenterol Mex.* 2018;83:3-8.
2. Furuzawa-Carballeda J, Aguilar-Leon D, Gamboa-Dominguez A, et al. Achalasia-An Autoimmune Inflammatory Disease: A Cross-Sectional Study. *J Immunol Res.* 2015;2015:729217.
3. Villanacci V, Annese V, Cuttitta A, et al. An Immunohistochemical Study of the Myenteric Plexus in Idiopathic Achalasia. *J Clin Gastroenterol.* 2010;44:407-10.
4. Clark SB, Rice TW, Tubbs RR, et al. The Nature of the Myenteric Infiltrate in Achalasia. *Am J Surg Pathol.* 2000;24:1153-8.

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.12.001>

0375-0906/© 2017 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Asociación Mexicana de Gastroenterología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

5. Moses PL, Ellis LM, Anees MR, et al. Antineuronal antibodies in idiopathic achalasia and gastro oesophageal reflux disease. *Gut*. 2003;52:629–36.
6. Ruiz-De-Leon A, Mendoza J, Sevilla-Mantilla CN, et al. Myenteric antiplexus antibodies and class II HLA in achalasia. *Digest Dis Sci*. 2002;47:15–9.
7. Pandolfino JE, Kwiatek MA, Nealis T, et al. Achalasia: A new clinically relevant classification by high-resolution manometry. *Gastroenterology*. 2008;135:1526–33.
8. Lee JY, Kim N, Kim SE, et al. Clinical characteristics and treatment outcomes of 3 subtypes of achalasia according to the chicago classification in a tertiary institute in Korea. *J Neurogastroenterol Motil*. 2013;19:485–94.
9. Furuzawa-Carballeda J, Aguilar-León D, Gamboa-Domínguez A, et al. Achalasia-An Autoimmune Inflammatory Disease:

A Cross-Sectional Study. *J Immunol Res*. 2015;2015:729217, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/729217>

M.A. Valdovinos Díaz*

Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

*Autor para correspondencia. Puente de Piedra 150-617, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050, Ciudad de México, México. Teléfono: +525556067987.

Correo electrónico: miguelvaldovinosd@gmail.com