



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

### Pifia en manometría esofágica de alta resolución en pacientes con acalasia

### Blundering in high-resolution esophageal manometry in patients with achalasia

A.L. Ordóñez-Vázquez, J.S. Arenas-Martínez, A.B. Moreno Cobos y E. Coss-Adame\*

Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

La manometría esofágica de alta resolución (MEAR) constituye el método diagnóstico para evaluar los trastornos de la motilidad esofágica. Aunque la tasa de complicaciones es baja (0.4%), se ha observado que existe un riesgo relativamente mayor de no lograr una prueba satisfactoria debido a dificultades en la inserción del catéter (4%). La colocación adecuada del catéter requiere la inserción nasal, paso a través del esfínter esofágico superior e inferior y la posición de los sensores distales en la porción proximal del cardias. Para comprobar el paso del catéter a través del diafragma y su entrada en el estómago, se pide al sujeto que inhale y exhale, para identificar los ciclos de variación de presión en las cavidades torácica y abdominal, así como la contracción crural diafragmática durante la inspiración. Los factores asociados con una prueba fallida incluyen antecedentes de náuseas/vómitos (OR 13.8,  $p \leq 0.001$ ), dispepsia (OR 20.3,  $p \leq 0.001$ ) y acalasia (OR 13.2,  $p = 0.012$ )<sup>1</sup>. En las figuras 1 y 2, se muestran los topogramas de presión e impedancia de 2 de nuestros pacientes con antecedente de estar

postoperados de miotomía de Heller y funduplicatura tipo Nissen. El primer paciente con acalasia tipo II acudió por recurrencia de disfagia y el segundo paciente con acalasia tipo III acudió como protocolo de seguimiento postoperatorio. En las imágenes se encuentra el ciclo respiratorio y la identificación de la contracción de la crura diafragmática. En la figura 3 se expone la clasificación radiológica de acalasia<sup>2</sup>. La identificación anticipada de pacientes con una alta probabilidad de experimentar una prueba fallida podría promover el desarrollo de estrategias específicas dirigidas a estos subgrupos de pacientes. Esto, a su vez, podría prevenir la repetición de pruebas sin éxito y mejorar la eficacia del proceso diagnóstico.

### Consideraciones éticas

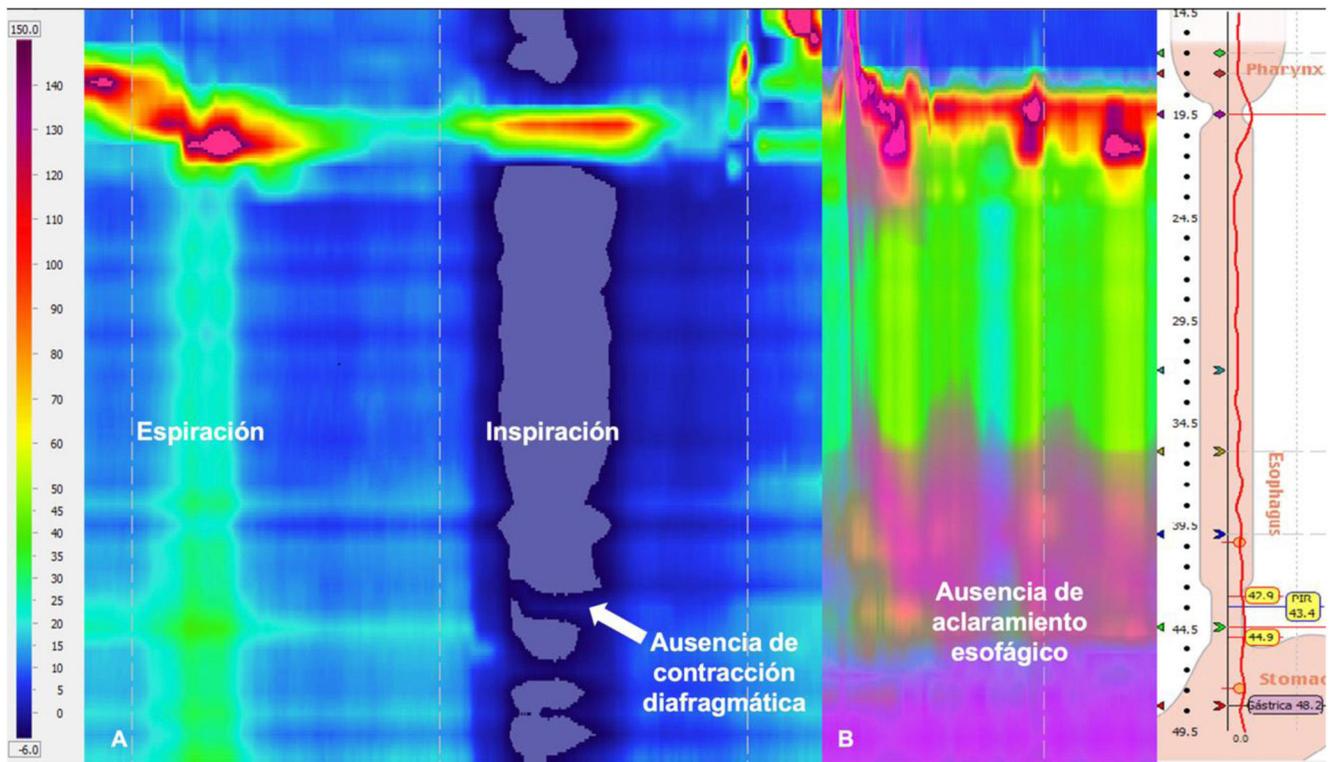
Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos. Utilizamos protocolos de obtención de base de datos de pacientes de nuestro centro de trabajo, preservando el anonimato del paciente (por lo que no solicitamos consentimiento informado). Este estudio cumple con la normativa vigente de investigación bioética.

\* Autor para correspondencia. Av. Vasco de Quiroga 15, colonia Belisario Domínguez Sección XVI, 14080, Tlalpan, Ciudad de México. Teléfono: +52 (55) 5487 0900.

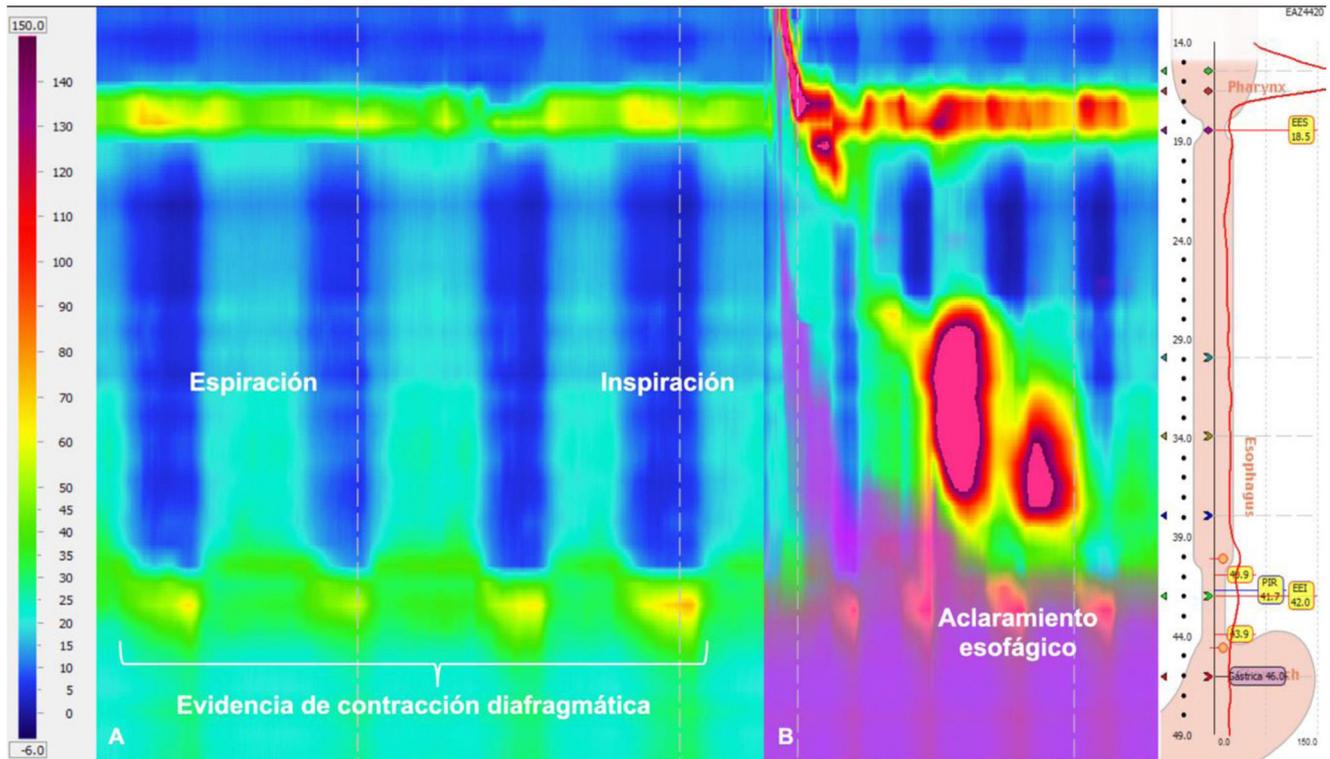
Correo electrónico: [enriquecossmd@gmail.com](mailto:enriquecossmd@gmail.com)  
(E. Coss-Adame).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.04.005>

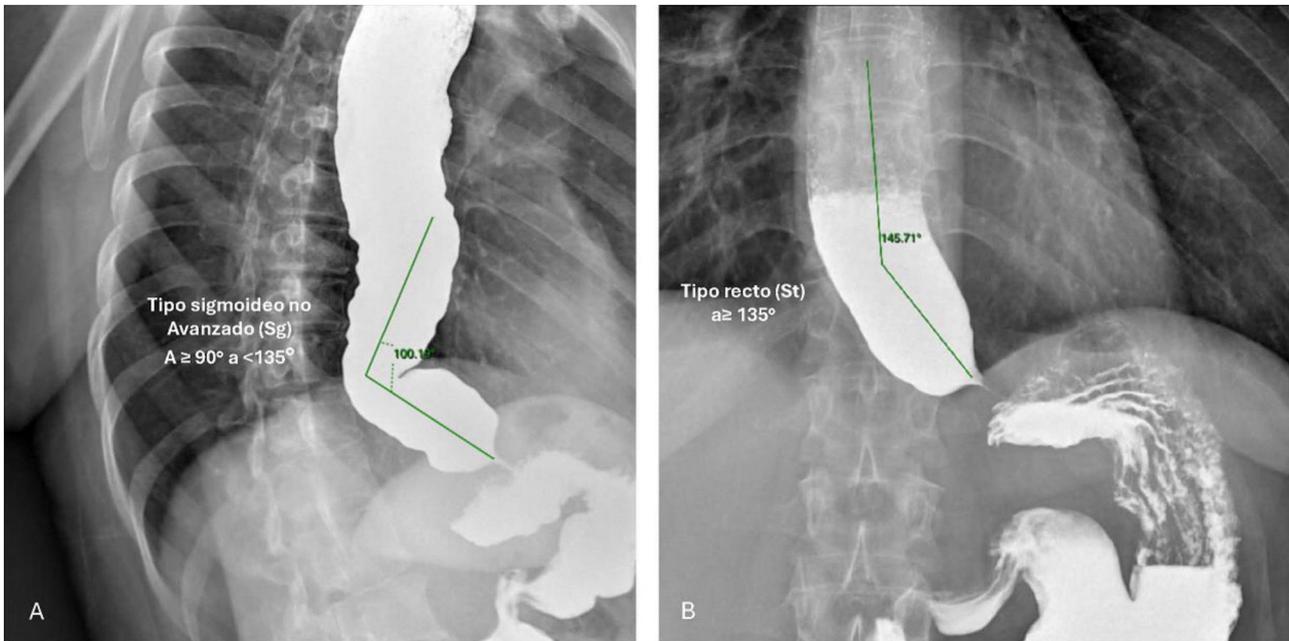
0375-0906/© 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



**Figura 1** MEAR con impedancia de paciente con acalasia tipo II, postoperado de miotomía de Heller y funduplicatura tipo Nissen, en reabordaje por disfagia esofágica. Se observa en el panel A el topograma de presión al realizar las maniobras de espiración e inspiración para la localización de los puntos de referencia sin que se puedan observar el esfínter esofágico inferior ni la crura diafragmática. En el panel B se observa la ausencia de aclaramiento esofágico.



**Figura 2** MEAR con impedancia de paciente con acalasia tipo III, postoperado de miotomía de Heller y funduplicatura tipo Nissen, asintomático. Se observa en el panel A el topograma de presión al realizar las maniobras de espiración e inspiración para la localización de los puntos de referencia (esfínter esofágico inferior/crura diafragmática), necesarios para asegurar la intubación de la unión esofagogástrica. En este paciente se identificaron de manera exitosa. En el panel B se observa el aclaramiento esofágico.



**Figura 3** Se observan los esofagogramas correspondientes a los pacientes de la [figura 1](#) (panel A) y de la [figura 2](#) (panel B), los cuales de acuerdo con la clasificación radiológica de acalasia son compatibles con un esófago sigmoideo no avanzado ( $\alpha \geq 90^\circ$  a  $< 135^\circ$ ) y con esófago recto ( $\alpha \geq 135^\circ$ )<sup>2</sup>; la tortuosidad del esófago (A) se asoció a falla de la canulación en tanto que el ángulo recto (B) permitió la canulación adecuada.

## Financiación

Los autores de este manuscrito no han recibido financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de interés que declarar.

## Referencias

1. Patel VV, Reed DE, Rodrigues DM. Risk factors associated with unsuccessful high-resolution manometry. Dysphagia [internet]. el 7 de marzo de 2024 [consultado 1 Abr 2024]. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s00455-024-10684-4>.
2. Japan Esophageal Society. Descriptive rules for achalasia of the Esophagus, June 2012: 4th Edition. Esophagus. 2017;14:275–89, <http://dx.doi.org/10.1007/s10388-017-0589-1>.