

# Cartas al Editor

## ESTUDIO POR MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN CUBA

Es interesante leer acerca de manometría esofágica y la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE) ya que sin duda alguna esta herramienta tiene su utilidad clínica en ERGE, no en el diagnóstico, sino en que permite investigar si la causa fisiopatológica de la ERGE recae sobre el esfínter esofágico inferior (EEI) o sobre la motilidad del cuerpo esofágico.

Como sabemos el 70% de las causas de ERGE recae sobre el EEI, cuando este sea: corto y/o hipotensivo y/o sin porción intraabdominal y/o presencia de relajaciones transitorias espontáneas del esfínter esofágico inferior (RTEEEI). Y el 30% restante de causas pueden recaer sobre la motilidad esofágica cuando sea inefectiva y/o causas gástricas.

Es por ello que puedo hacer las siguientes observaciones:

- En su trabajo los pacientes incluidos con ERGE debían tener síntomas típicos, esofagitis endoscópica y biopsias demostrativas de inflamación. Es decir que pacientes con síntomas atípicos, sin esofagitis y sin cambios histológicos no eran incluidos. Hubiera sido interesante desglosar a los pacientes según el grado de esofagitis e incluir el síntoma de disfagia.
- Las RTEEEI pueden observarse en sujetos sanos y en pacientes con ERGE. No están relacionadas con la deglución. Pueden ser: completas o incompletas, y estas pueden ser: aisladas, dobles o post-trago. Hubiera sido interesante tener un grupo control, o referir en la discusión valores normales históricos de esta. Además lo ideal es usar monitoreo de manometría de 24 horas para evaluar la cantidad de RTEEEI y sus características. Aun así solo cuantificar la presencia de ellas requiere de ciertos detalles que ustedes no mencionan en materiales y métodos, a saber, utilizaron marcador de tragos cervical o de circunferencia abdominal, con el fin de no contabilizar las relajaciones por peristalsis primaria o secundaria; cuanto tiempo duro el procedimiento (minutos, horas).
- La hernia hiatal tiene su contrapartida manométrica, que es la ausencia de porción intraabdominal, pero no son sinónimos. Sería interesante definir en materiales y métodos que es hernia hiatal y cual es el estándar de oro para diagnosticarla.

- Con respecto a la motilidad esofágica, tampoco estuvo definida en materiales y métodos. Con que porcentaje de tragos húmedos anormales se hace el diagnóstico de trastorno motor, que variables manométricas las caracterizan (ondas hipotensivas, interrumpidas, retrogradadas, no transmitidas, simultáneas, triple pico, prolongadas, etc). Como se sabe si el trastorno motor inespecífico es primario o secundario a ERGE, si sabemos que estos hallazgos pueden ser causa o consecuencia del ERGE.

La utilidad de la manometría esofágica esta valorada en este trabajo, ya que se observo que el EEI es la principal causas fisiopatológica de la ERGE, y que además se hicieron otros diagnósticos no previstos, que en un momento dado pudiesen contraindicar un tratamiento quirúrgico.

Dr. Cesar Louis.  
Servicio y Cátedra de Clínica Gastroenterológica.  
Hospital Universitario de Caracas.  
Universidad Central de Venezuela.