

Editorial acerca de “Abordaje min invasivo de la acalasia en estadio final”

Editorial on: “Minimally invasive management in end-stage achalasia”

Facundo N. Álvarez Padilla*

La acalasia es una patología crónica que, hasta el momento, no tiene una cura definitiva. Por lo tanto, el objetivo de su tratamiento se enfoca en minimizar los síntomas, prevenir la dilatación patológica del órgano y disminuir el riesgo de cáncer de esófago que tienen estos pacientes. El estadio final de la acalasia no solo implica la modificación anatómica del esófago, sino además genera un detrimento de la calidad de vida y el estado nutricional de quienes llegan a tales instancias.

Es este contexto de deterioro clínico del paciente lo que determina que el manejo del estadio más avanzado de la enfermedad (*end-stage achalasia*, en su expresión en inglés) sea dificultoso y controvertido. Lamentablemente, la evidencia disponible no puede llegar a ponderar una técnica sobre otra, determinando que el abordaje de estos pacientes quede supeditado a la experiencia de los grupos de trabajo, la disponibilidad de personal entrenado en técnicas endoscópicas avanzadas y al estado general del paciente al momento del tratamiento¹.

La evolución de los métodos diagnósticos como la manometría de alta resolución (HRM, sus siglas en inglés *High-Resolution Manometry*), las técnicas basadas en la impedancia como el endo-FLIP, sumado a la endoscopia digestiva alta y el estudio contrastado con bario convencional y dinámico, permitieron una mejor comprensión de los fenómenos mecánicos y los cambios de presión que se desarrollan dentro de la luz del esófago². La manometría esofágica de alta resolución es el procedimiento de referencia (*gold standard*) para el diagnóstico de los distintos subtipos de acalasia, plasmados en la clasificación de Chicago del año 2008^{2,3}. Esta clasificación divide a la acalasia en 3 subtipos perfectamente definidos y resulta de vital utilidad a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

Al analizar diferentes trabajos sobre el abordaje de la patología podemos evidenciar que las opciones terapéuticas que se ofrecen a los pacientes son variadas, pero, indudablemente, deben ser individualizadas para cada caso en particular, en el contexto de un abordaje multidisciplinario y no restringido solo a la sección del esfínter esofágico inferior como una generalidad. La extensión de la sección de las fibras musculares de la pared esofágica va a depender netamente del subtipo

de acalasia, por lo que un error en la interpretación de los patrones manométricos puede impactar en los resultados terapéuticos. Tal es el caso de la acalasia tipo III, en la cual la necesidad de realizar una división larga de la capa muscular podría conducir a efectuarla de forma más precisa con la técnica POEM (por sus siglas en inglés, *Peroral Endoscopic Myotomy*), y no mediante la miotomía quirúrgica^{1,2,4}.

La acalasia terminal es la forma más grave de presentación, con una incidencia estimada del 5%⁵. Su principal característica es la dilatación anormal del esófago con desviación del eje, generando una tortuosidad de diversa magnitud en el cuerpo esofágico. Dada su baja incidencia, la evidencia bibliográfica sobre su manejo es limitada y no existe un tratamiento definido¹. En este sentido, el estudio presentado por los autores retoma técnicas previamente propuestas en la literatura, que han mostrado resultados prometedores a corto plazo, pero no han sido ampliamente adoptadas. No obstante, con el desarrollo de la técnica POEM su implementación parece más difícil, ya que los resultados con endoscopia terapéutica son prometedores y comparables con la miotomía a medida que aumenta la experiencia clínica⁶. Sin embargo, dominar la técnica POEM requiere ciertas habilidades técnicas y no todos los centros cuentan con endoscopistas entrenados en este procedimiento, lo cual constituye una limitante para su implementación.

Como se plantea en el trabajo de Rancés y cols.⁷ que motiva este editorial se recomienda postergar lo máximo posible la esofagectomía, mientras que la esofagocardioplastia podría ser claramente una alternativa viable ante la imposibilidad de realizar un POEM, o ante el fracaso de este u otros tratamientos. Es fundamental identificar correctamente el origen de la persistencia o recurrencia de los síntomas, ya que no siempre se debe a una sección incompleta del esfínter, sino también pueden influir factores como fibrosis o esofagitis por reflujo. Más aún, los criterios para diagnosticar un fallo terapéutico no están claramente definidos. El puntaje (*score*) de Eckardt, ampliamente utilizado en la literatura para evaluar los síntomas posteriores al tratamiento, no distingue entre sus distintas causas de persistencia, lo que podría generar sesgos

*Especialista en cirugía torácica. Médico de planta de la Sección de Cirugía torácica del Hospital José María Cullen. Servicio de Cirugía general y mixta. Santa Fe. Argentina.

en la selección de pacientes⁸. Si bien la tendencia en el manejo de la acalasia terminal orienta a evitar cirugías mayores, ya sea en primera instancia o en casos de persistencia de los síntomas posteriores al tratamiento, la esofagectomía continúa siendo de elección en casos con buen estado general, que no respondieron a otros procedimientos o que presentan lesiones preneoplásicas de alto riesgo de desarrollo de cáncer de esófago^{1,2}.

La esofagocardioplastia como técnica alternativa previa a la esofagectomía fue propuesta por diferentes autores con resultados alentadores, ya que disminuía el tiempo quirúrgico y la morbilidad en comparación con la esofagectomía. El reflujo gastroesofágico posterior al procedimiento puede ser controlado con inhibidores de la bomba de protones en forma satisfactoria^{9,10}. Sin embargo, estos trabajos no com-

paran la esofagocardioplastia con otras técnicas como el POEM, y la casuística se remite a pocos pacientes en general. Actualmente, las guías clínicas no consideran la esofagocardioplastia como una opción de primera línea, pero tampoco debería descartarse por completo. En el contexto de la acalasia terminal aún quedan aspectos por definir, por lo que es fundamental adaptar el tratamiento a cada paciente y a los recursos disponibles.

En resumen, aunque la técnica propuesta por los autores no es actualmente la opción de primera línea en el tratamiento de la acalasia terminal, podría ser considerada una alternativa viable en determinadas circunstancias. Se requiere mayor evidencia para validarla en el futuro, así como definir un contexto clínico y un patrón funcional específico para su implementación.

ENGLISH VERSION

Achalasia is a chronic disease for which there is no definitive cure to date. Therefore, its treatment focuses on minimizing symptoms, preventing abnormal dilatation of the organ, and reducing the risk of esophageal cancer in these patients. End-stage achalasia not only results in anatomical changes to the esophagus, but also causes a decline in the quality of life and nutritional status of those who reach this stage.

This context in which patients suffer clinical impairment makes management of end-stage achalasia difficult and controversial. Unfortunately, the available evidence does not allow one technique to be recommended over another. Therefore, the approach to these patients depends on the experience of the work groups, the availability of personnel trained in advanced endoscopic techniques, and the performance status of the patient requiring treatment¹.

The development of diagnostic techniques such as high-resolution manometry (HRM), impedance-based techniques such as endo-FLIP, along with upper gastrointestinal endoscopy and conventional and dynamic barium esophagograms, has allowed a better understanding of the mechanical phenomena and pressure changes that occur within the esophageal lumen². High-resolution esophageal manometry is the gold standard procedure for the diagnosis of the different subtypes of achalasia, as described in the Chicago classification in 2008^{2,3}. This classification divides achalasia into three well-defined subtypes and is an important tool for therapeutic decision-making.

An analysis of the various studies on the management of this disease shows that there are several therapeutic options available to patients. Undoubtedly, these options must be individualized for each case in a multidisciplinary approach and should not be limited to a generalized dissection of the lower esophageal sphincter. The length of the myotomy will

vary depending on the subtype of achalasia; therefore, misinterpreting the manometric patterns may affect the therapeutic outcomes. Type III achalasia is a condition that often requires a more extensive myotomy, which can be more effectively achieved using POEM (peroral endoscopic myotomy) compared to surgical myotomy^{1,2,4}.

End-stage achalasia is the most severe form of presentation, with an estimated incidence of 5%⁵. Its main characteristic is the marked and tortuous dilatation of the esophagus which adopts a sigmoid configuration. Due to its low incidence, there is a lack of evidence regarding its management and there is no defined treatment¹. In this sense, the study presented by the authors revisits techniques previously proposed in the literature, which have shown promising short-term results but have not been widely adopted. However, with the development of POEM its implementation seems more difficult, as the results with therapeutic endoscopy are encouraging and comparable to those achieved with myotomy as clinical experience grows⁶. However, POEM requires certain technical skills, and not all centers have endoscopists trained in this procedure, which limits its implementation.

As recommended by Rancés et al. in the study that motivated this editorial⁷, esophagectomy should be postponed as long as possible, while cardioplasty could clearly be a viable alternative if POEM is not possible or if this or other treatments fail. The origin of persistent or recurrent symptoms must be correctly identified, as they are not always due to incomplete dissection of the sphincter but may also be influenced by factors such as fibrosis or reflux esophagitis. Moreover, the criteria for diagnosing therapeutic failure are not clearly defined. The Eckardt Score, widely used in the literature to assess post-treatment symptoms, does not differentiate between different causes of persistent

symptoms, which may lead to patient selection bias⁸. While the trend in the management of end-stage achalasia is to avoid major surgery, either as an initial procedure or in cases of persistent symptoms after treatment, esophagectomy remains the treatment of choice in cases with a good general condition, who have not responded to other procedures, or who have preneoplastic lesions with high risk of developing esophageal cancer^{1,2}.

Cardioplasty as an alternative technique before esophagectomy has been proposed by several authors with encouraging results, reducing operative time and morbidity compared to esophagectomy. Gastroesophageal reflux following the procedure can be satisfactorily controlled with proton pump inhibitors^{9,10}.

However, these studies do not compare cardioplasty with other techniques, such as POEM, and generally include few patients. Although cardioplasty is not currently considered to be a first-line option in clinical guidelines, it should not be completely ruled out. There are still aspects to be defined in the context of end-stage achalasia, so it is essential to tailor treatment to each patient and to the resources available.

In summary, although the technique proposed by the authors is not currently the first-line option in the treatment of end-stage achalasia, it could be considered a viable alternative in certain circumstances. Further evidence is needed to validate it in the future, as well as to define a clinical context and a specific functional pattern for its implementation.

Referencias bibliográficas /References

1. Chaib PS, Tedrus GA, de-Aquino JLB, Mendonça JA. Advanced megaesophagus treatment: which technique offers the best results? A systematic review. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2024;37:e1809. <https://doi.org/10.1590/0102-6720202400016e1809>
2. Vaezi MF, Pandolfino JE, Yadlapati RH, Greer KB, Kavitt RT. ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Achalasia. *Am J Gastroenterol.* 2020;115:1393-411. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000731>
3. Pandolfino JE, Kwiatek MA, Nealis T, Bulsiewicz W, Post J, Kahrilas PJ. Achalasia: a new clinically relevant classification by high-resolution manometry. *Gastroenterology.* 2008;135(5):1526-33. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2008.07.022>
4. Khashab MA, Vela MF, Thosani N, Agrawal D, Buxbaum JL, Abbas Fehmi SM, et al. ASGE guideline on the management of achalasia. *Gastrointest Endosc.* 2020;91:213-27. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.04.231>
5. Pesce M, Pagliaro M, Sarnelli G, Sweis R. Modern Achalasia: diagnosis, classification, and treatment. *J Neurogastroenterol Motil.* 2023;29:419-27. <https://doi.org/10.5056/jnm23125>
6. Kasapoglu M, Noor Us Saba S, Hashemi A, Panchal M, Khan S. Comparative Effectiveness of Peroral Endoscopic Myotomy (POEM) Versus Traditional Treatment Modalities for Achalasia: A Systematic Review. *Cureus.* 2024;16(10):e71917. <https://doi.org/10.7759/cureus.71917>
7. Rancés AC, Fernández J, Senice FS, García Vaz F, Velasco Hernández ND. Abordaje miniinvasivo de la acalasia en estadio final. *Rev Argent Cir.* 2025;117(1):1-6. <http://dx.doi.org/10.25132/raac.v117.n1.1834>
8. Oude Nijhuis R, Zaninotto G, Roman S, Boeckxstaens G, Fockens P, Langendam M, et al. European guidelines on achalasia: United European Gastroenterology and European Society of Neurogastroenterology and Motility recommendations. *UEG Journal.* 2020;8:13-33. <https://doi.org/10.1177/2050640620903213>
9. Griffiths EA, Devitt PG, Jamieson GG, Myers JC, Thompson SK. Laparoscopic Stapled Cardioplasty for End-Stage Achalasia. *J Gastrointest Surg.* 2013;17:997-1001. <https://doi.org/10.1007/s11605-012-2111-3>
10. Senra F, Navaratne L, Acosta-Mérida A, Gould S, Martínez-Isla A. Laparoscopic hand-sewn cardioplasty: an alternative procedure for end-stage achalasia. *Langenbeck's Archives of Surgery.* 2021;406:1675-82. <https://doi.org/10.1007/s00423-021-02117-9>