



**Pontificia Universidad Católica de Chile**  
**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Gastroenterología**  
Diagonal Paraguay 362, oficina 424. Santiago, Chile.  
Tel: 56-2-23543822

---

Santiago, 10 de Junio de 2019.

Estimado Dr. Joaquin Palma H.

Editores Revista Médica de Chile.

Por este medio deseo enviar el manuscrito titulado "Herramientas para la interpretación de informes endoscópicos: Clasificaciones y escalas en endoscopia digestiva" con las correcciones sugeridas por el editor y los revisores. Quisiera agradecer los comentarios realizados, ya que fueron muy atinentes y permitieron mejorar la calidad del artículo. Para satisfacer los requerimientos, en esta nueva versión se agregaron las palabras claves en español e inglés, 3 nuevas referencias (referencias 8,10 y 11), algunas modificaciones a la introducción, una nueva sección para describir una clasificación endoscópica no incluida en la versión original y un nuevo párrafo a la discusión. Estas modificaciones hicieron que el artículo aumentara de 2959 a 3287 palabras. Espero que esto no sea problema. En las siguientes páginas se responden los comentarios realizados por los revisores.

Por esta vía también deseo asegurar que este manuscrito ni porciones de él han sido publicados con anterioridad ni están bajo consideración para publicación en algún otro medio.

Desde ya agradezco tener en consideración este manuscrito para su publicación en Revista Médica de Chile.

Se adjunta una versión con los cambios marcados (modo "control de cambios") y una versión final con las modificaciones definitivas.

Se despide atentamente.

Dr. Roberto Candia Balboa MSc

---

## Comentarios Editor:

1. Se agregaron palabras claves en español e inglés.
2. El abstract fue modificado para incluir todas las ideas de la versión en español.
3. En la sección “Clasificación de París” se modificó el primer y el segundo párrafo para aclarar que esta clasificación se debe aplicar a las lesiones presentes en todo el tubo digestivo, no sólo al esófago y al estómago:
  - a. Primer párrafo: Se modificó desde “Esta clasificación fue propuesta el año 2002 y tiene como objetivo caracterizar **todas las lesiones neoplásicas del tubo digestivo**” a “Esta clasificación fue propuesta el año 2002 y tiene como objetivo caracterizar **las lesiones neoplásicas de todo el tubo digestivo**”
  - b. Segundo párrafo: Se modificó desde “adenocarcinoma gástrico y los carcinomas esofágicos, provienen de lesiones planas difíciles de detectar endoscópicamente (tipo 0-II o 0-III), a diferencia del adenocarcinoma colo-rectal, que proviene de lesiones polipoideas (**tipo 0-I**)” a “adenocarcinoma gástrico y los carcinomas esofágicos, provienen de lesiones planas difíciles de detectar endoscópicamente (tipo 0-II o 0-III), a diferencia del adenocarcinoma colo-rectal, que proviene de lesiones polipoideas (**tipo 0-Ip y 0-Is**)”

**Comentario revisor 1:**

Se han escogido en forma algo arbitraria algunas clasificaciones endoscópicas, dejando fuera otras que son relevantes (Kudo por nombrar una). Creo que para no dejar la percepción de una revisión incompleta, sería aconsejable agregar aquellas clasificaciones que hoy se consideran importantes en la buena práctica endoscópica. Por otro lado, para complementar sería interesante hacer mención a aquellas que no han demostrado su validez, aunque sea simplemente como parte de la discusión.

**Respuesta:**

Comparto plenamente el comentario del revisor en relación a las nuevas clasificaciones endoscópicas. La idea original incluía tanto las clasificaciones en endoscopia tradicional, es decir, endoscopia con luz blanca, sin magnificación ni tinciones, más las clasificaciones que incorporan las nuevas tecnologías, cuya principal virtud es la de observar con mayor precisión el patrón mucoso (pit pattern) y los vasos submucosos, ya sea mediante magnificación, tinciones como el índigo carmín, “tinción óptica” con NBI o “tinciones electrónicas” con FICE o I-Scan. La principal razón para no incluir todas las clasificaciones es el espacio disponible para los artículos de revisión (3000 palabras). Bajo ese alero, la decisión fue dividir la idea original en 2 partes, un primer artículo enfocado en las clasificaciones usando endoscopia tradicional (el que ha sido sometido a evaluación para publicación) más un segundo artículo, enfocado en las clasificaciones basadas en magnificación y tinciones (en el que estoy trabajando). La clasificación de Kudo es una de ellas, pero esta es sólo una de más de 10 clasificaciones, la mayoría con pocos estudios de validación. Con esto se subentiende que la elección de las clasificaciones expuestas no

fue arbitraria, aunque reconozco que en la introducción del manuscrito no es claro este objetivo. Para solucionar esta situación se agregaron las siguientes modificaciones al texto:

**Introducción:** Se modificó desde

“El objetivo de esta revisión es describir las clasificaciones y las escalas más frecuentemente utilizadas en endoscopía digestiva, especialmente aquellas con mayor respaldo metodológico, en un esfuerzo de facilitar la interpretación...”

a

“El objetivo de esta revisión es describir las clasificaciones y las escalas más frecuentemente utilizadas en endoscopía digestiva **tradicional, es decir, endoscopia con luz blanca sin magnificación ni tinción**, especialmente aquellas con mayor respaldo metodológico, en un esfuerzo de facilitar la interpretación...”

**Discusión:** Se agregó el siguiente párrafo:

“Esta revisión se ha centrado en clasificaciones endoscópicas tradicionales que utilizan sólo luz blanca, sin técnicas de magnificación ni tinción. El desarrollo tecnológico actual nos permite visualizar en detalle tanto el patrón mucoso como las estructuras vasculares submucosas. Este nuevo campo de observación se ha acompañado de la aparición de nuevas clasificaciones endoscópicas, las que deben franquear el mismo proceso metodológico para demostrar su validez y reproducibilidad. Describir y analizar estas clasificaciones se escapan del objetivo de esta revisión y serán discutidas en un artículo posterior”

En relación a mencionar clasificaciones endoscópicas no validadas o en desuso, la versión original incluye pequeñas descripciones de algunas de ellas, a modo de ejemplo: Cambios esofágicos mínimos, clasificación de Savary-Miller, clasificación de Barret corto vs Barrett largo, clasificación de Plaquet y clasificación japonesa de várices esofágicas. Para complementar esta información, la nueva versión incluye una sección nueva enfocada en la clasificación de Hill. Dado que esta clasificación se usa para describir la unión gastroesofágica (específicamente al esfínter esofágico inferior) y de alguna forma predecir la presencia de reflujo gastroesofágico (RGE), se incluyen nuevas referencias, entre las que quisiera destacar el Consenso de Lyon. Este es un consenso moderno para el diagnóstico de RGE, en donde desde el punto de vista endoscópico sólo la clasificación de los Ángeles es considerada válida. Para ello también se agregó información en relación a la esofagitis erosiva:

“Los consensos modernos consideran que el hallazgo endoscópico de una esofagitis grado C o D son suficientes por si solos para hacer el diagnóstico de RGE patológico (8). Por otro lado, la esofagitis grado A es un hallazgo inespecífico, ya que puede ser encontrada en hasta el 7.5% de controles sanos. La esofagitis grado B correctamente evaluada se correlaciona bien con RGE patológico, pero problemas de variabilidad inter-observador limitan su utilidad como elemento diagnóstico único (8)”

Desde ya agradecido por los comentarios del revisor.

**Comentarios revisor 2:**

Aunque el tema del artículo no es novedoso, el autor demuestra a través de objetivos claros la necesidad de profundizar este tema haciendo que no solo los médicos subespecialistas que realizan estos exámenes consideren un uso adecuado de las clasificaciones sugeridas y aceptadas en la literatura si no que aquellos médicos que leen los informes tengan la seguridad que los informes de los procedimientos endoscópicos tienen una calidad que permitirá una adecuada toma de decisiones en beneficio de los pacientes.

**Respuesta:**

Muchas gracias por el comentario.