



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay 2018

ACALASIA ESOFAGICA

Dr. Gustavo Rodríguez Temesio
Dra. Cecilia Laguzzi Rosas

La acalasia esofágica es el trastorno motor primario del esófago más frecuente. Es una alteración funcional que se caracteriza por la existencia de un esfínter esofágico inferior hipertensivo, ausencia de relajación luego de la deglución y aperistalsis del cuerpo esofágico, debido a una pérdida de los plexos mioentéricos de Auerbach. La causa de la degeneración nerviosa o denervación es desconocida, no obstante se invocan factores autoinmunes y/o virales.

La acalasia idiopática es la más frecuente en nuestro país pero no hay datos sobre su prevalencia e incidencia.

La acalasia secundaria, de origen chagásico es una causa bien establecida y de alta prevalencia en países vecinos. Una estimación realizada en 2007, manifiesta que habría en Uruguay unas 3.800 personas portadoras de megavísceras digestivas por Chagas (5); el megaesófago de este origen es excepcional en la práctica quirúrgica de nuestro país.

En Estados Unidos, la acalasia primaria o idiopática tiene una incidencia de 0,6 y una prevalencia de 10 casos/100.000/año. Se observa entre los 25 y 50 años y tiene una distribución similar por sexos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La presentación clínica está dominada por la disfagia, que a diferencia de lo que ocurre en el cáncer de esófago, ésta es de larga evolución, comienza con líquidos y luego progresa a los sólidos; puede incluso presentarse la llamada *disfagia paradójica* (tienen un trastorno deglutorio con los líquidos pero no con los sólidos). La mayoría de los pacientes tienen trastornos deglutorios de varios años de evolución, comen lentamente, toman líquido para hacer progresar el bolo alimenticio o adoptan alguna posición especial que les facilite tragar.

En la tabla siguiente se presentan los síntomas más frecuentes

| SINTOMAS | CLINICA | | |
|-----------------|----------------------|---------|----------|
| | Pacientes estudiados | Media % | Rangos % |
| Disfagia | 1930 | 97 | 82-100 |
| Regurgitación | 1892 | 75 | 56-97 |
| Pérdida de peso | 1675 | 58 | 30-91 |
| Dolor torácico | 1894 | 43 | 17-95 |
| Pirosis | 127 | 36 | 27-42 |
| Tos | 732 | 30 | 11-46 |

Birgisson S et al Dig Dis 1997; 15:1.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico se sospecha frente a una larga historia de disfagia lentamente progresiva, frecuentemente de comienzo en la juventud; la confirmación se basa en la endoscopia digestiva alta, el estudio radiológico contrastado del esofagogastroduodeno y la manometría esofágica. Debe diferenciarse de otras estenosis benignas del esófago, como la de origen péptico vinculada a la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Endoscopia digestiva alta

Muestra dilatación esofágica de grado variable, retención de secreciones y alimentos y dificultad en el pasaje cardial. En las primeras etapas de la enfermedad este estudio puede ser normal en casi 40% de los casos.

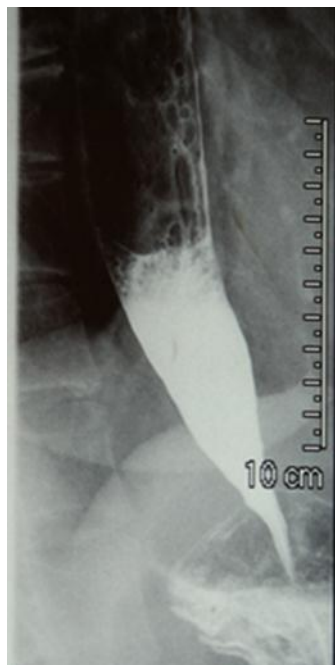
Tránsito contrastado esofagogastroduodenal

Permite objetivar un esófago dilatado, dependiendo del estadio evolutivo de la enfermedad. En las etapas avanzadas la dilatación es máxima y el esófago adopta la forma sigmoidea horizontalizando su sector más distal sobre el hemidiafragma izquierdo. Hay un enlentecimiento del clearance esofágico. La estenosis cardial se visualiza como la típica imagen en *pico de pájaro*.

Manometría esofágica

Actualmente la manometría de alta resolución permite evaluar la presión intraluminal a través de toda la extensión del esófago y los esfínteres esofágicos superior e inferior.

Existe una heterogeneidad de patrones manométricos que pueden constatarse en la acalasia. Son característicos: la hipertonía del



Tránsito baritado esofágico: de izquierda a derecha imágenes típicas de acalasia (pico de pájaro); última megaesófago

esfínter esofágico inferior, la ausencia de relajación luego de la deglución y la presencia de alteraciones de la motilidad en el cuerpo esofágico que van desde ondas terciarias a la aperistalsis completa.

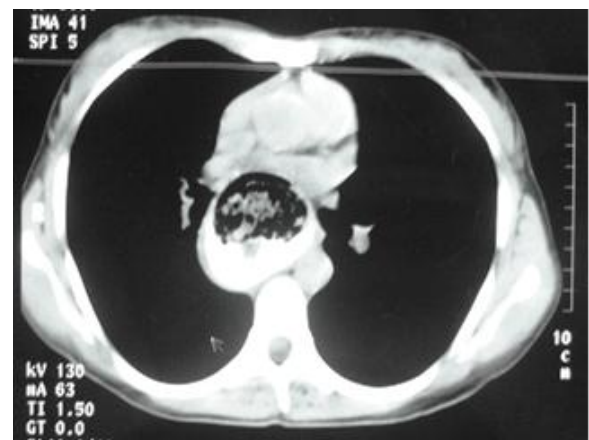
El perfil manométrico de alta resolución permite reconocer 3 tipos de pacientes de acuerdo a la clasificación de Chicago:

Tipo 1. Acalasia clásica con 100% de degluciones fallidas.

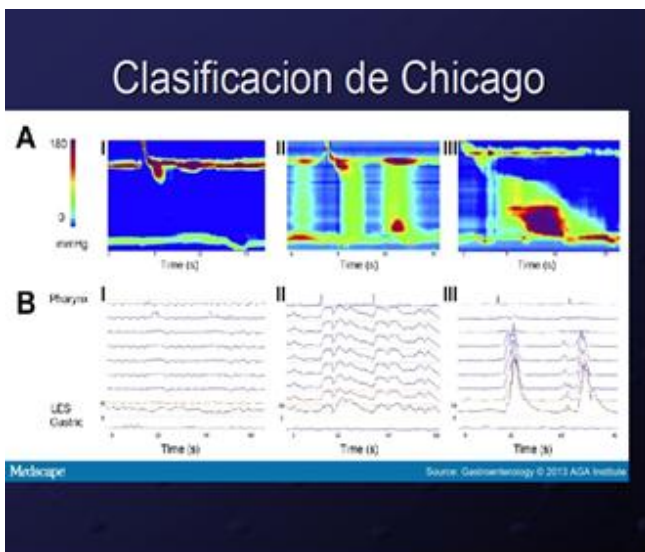
Tipo 2. Acalasia con compresión esofágica mayor o igual al 20% de las degluciones con presurización panesofágica (aumento simultáneo de la presión en todo el cuerpo del

esófago con presiones mayores a 30 mms).

Tipo 3. Acalasia espástica mayor o igual al 20% de las degluciones con contracciones espásticas (prematuras).



Tomografía computada en la que se observa megaesófago con retención de alimentos en su luz.



TRATAMIENTO

La acalasia del esófago es una enfermedad incurable y todas las modalidades terapéuticas buscan aliviar el síntoma disfagia, disminuyendo el tono del esfínter esofágico inferior, mejorar el vaciamiento esofágico y evitar las complicaciones de la dilatación del esófago.

Las opciones terapéuticas actuales son:

- Cirugía
- Dilatación endoscópica

Toxina botulínica

POEM (Per Oral Endoscopic Myotomy)

El *tratamiento quirúrgico* cumple con los objetivos de lograr alivio de la disfagia, con una mejoría significativa de la deglución, normalizar la condición nutricional y mejorar la calidad de vida del paciente. Constituye la mejor opción terapéutica actual.

La cirugía laparoscópica logra resultados comparables a la cirugía convencional y agrega las ventajas de los procedimientos mínimamente invasivos: mínima agresión parietal, menos dolor posoperatorio, deambulación precoz, internación breve y rápido reintegro a las tareas habituales. El procedimiento consiste en realizar una *miotomía* que se extiende desde el esófago distal hasta el estómago subcardial seccionando las circulares y oblicuas que forman el esfínter esofágico inferior (“clasps y sling fibers”); una miotomía incompleta puede ser causa de persistencia de la disfagia. Por otra parte la esofagomiotomía puede ser causa de reflujo gastroesofágico patológico con las consecuencias de ésta enfermedad, por lo que es necesario asociar un procedimiento antirreflujo. Suele realizarse una funduplicatura parcial a efectos de no generar obstáculo al pasaje del bolo alimenticio en pacientes que tienen grados variables de alteración del peristaltismo esofágico

Los pacientes con un megaesófago que persisten sintomáticos luego del tratamiento quirúrgico expuesto, pueden requerir una esofaguectomía.

El principal riesgo del tratamiento quirúrgico de la acalasia es el riesgo de perforación del esófago o estómago que comporta la esofagomiotomía.

La *dilatación endoscópica* de la acalasia con bujías o balón permite aliviar la disfagia, pero el alivio suele durar algunos meses, siendo necesario repetir las dilataciones para conseguir resultados sostenibles en el tiempo.

La inyección de *toxina botulínica* en el esfínter esofágico inferior bloquea la liberación de acetilcolina, impidiendo la contracción del musculo liso y relajando eficazmente el esfínter. Esta indicado en casos seleccionados de pacientes añosos, con mal terreno general, en los cuales no se plantea un tratamiento quirúrgico. Tiene como desventaja la recaída de los síntomas en 3-6 meses.

POEM. En los últimos años se ha desarrollado una nueva técnica para realizar la miotomía realizada por vía endoscópica. Se han comunicado buenos resultados en el corto y mediano plazo; tiene como gran desventaja índices de reflujo gastroesofágico patológico superiores al 40%.

REFERENCIAS

- Rodríguez G., Fernandez G, Gatti A, Balboa O. Cirugía del hiato esofágico. Abordaje videolaparoscopico. Cir. Uruguay 2003, 73: 68-91.
- Rodriguez Temesio G, Gonzalez D, Ruso L. Tratamiento laparoscopico de la acalasia en un centro de baja frecuencia. Rev. Med. Urug. 2013;29:26-32
- Maish M. Esofago. En Sabiston. Tratado de cirugía. España. Elsevier. 2009. 18 Edicion.
- Park MI. Recent concept in interpreting high-resolution manometry. J Neurogastroenterol Motil 2010;16:90-93.
- Crespin O, Liu L, Parmar A, Jackson TD, Hamid J, Shlomovitz E, Okraínec A. Safety and efficacy of POEM for treatment of achalasia: a systematic review of the literature. Surg. Endosc. 2017;31:2187-2201