



Acalasia después de *bypass* gástrico

Achalasia after gastric bypass

Carlos de Jesús Hernández López*

Citar como: Hernández LCJ. Acalasia después de *bypass* gástrico. Acta Med GA. 2026; 24 (4): 467-468. <https://dx.doi.org/10.35366/123518>

Resumen

La acalasia es un trastorno motor esofágico poco frecuente tras cirugía bariátrica. Presentamos el caso de una paciente de 50 años con obesidad grado III, diabetes e hipertensión, que fue sometida a *bypass* gástrico en Y de Roux. Dos años después desarrolló disfagia progresiva y pérdida de peso. La manometría de alta resolución confirmó acalasia tipo II. Se realizó dilatación esofágica con balón, con respuesta clínica favorable. A un año, se mantiene asintomática y con peso estable. Este caso subraya la importancia de considerar dismotilidad esofágica en pacientes con disfagia postbariátrica y el valor del abordaje multidisciplinario y las pruebas funcionales para un diagnóstico preciso y un tratamiento oportuno.

Palabras clave: acalasia, cirugía bariátrica, *bypass* gástrico, disfagia, manometría esofágica.

Abstract

Achalasia is a rare esophageal motility disorder that may develop after bariatric surgery. We present the case of a 50-year-old woman with morbid obesity, diabetes, and hypertension who underwent Roux-en-Y gastric bypass. Two years later, she developed progressive dysphagia and weight loss. High-resolution manometry confirmed type II achalasia. Pneumatic dilation was performed with favorable clinical response. At one-year follow-up, she remains asymptomatic with stable weight. This case highlights the need to consider esophageal motility disorders in patients with postbariatric dysphagia and supports the role of multidisciplinary management and functional testing for accurate diagnosis and timely treatment.

Keywords: achalasia, bariatric surgery, gastric bypass, dysphagia, esophageal manometry.

Abreviaturas:

BGYR = *bypass* gástrico en Y de Roux

IMC = índice de masa corporal

IRP = *Integrated Relaxation Pressure* (presión de relajación integrada)

POEM = *peroral endoscopic myotomy* (miotomía endoscópica peroral)

POSED = *Postobesity Surgery Esophageal Dysfunction* (disfunción esofágica postcirugía de obesidad)

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica se ha consolidado como el tratamiento más efectivo para la obesidad mórbida y sus comorbilidades, como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial. El *bypass* gástrico en Y de Roux (BGYR) es una de las técnicas más utilizadas por sus beneficios metabólicos sostenidos. No obstante, los cambios anatómicos y funcionales del tracto gastrointestinal superior pueden asociarse a complicaciones

a largo plazo, incluyendo trastornos motores esofágicos, los cuales cada vez son más frecuentes en la literatura.^{1,2}

Entre ellos, la acalasia es un trastorno primario raro, caracterizado por aperistalsis del esófago distal y falla de relajación del esfínter esofágico inferior. Aunque su etiología sigue siendo incierta, se han propuesto factores inmunológicos, infecciosos y, más recientemente, quirúrgicos como desencadenantes. Estudios han descrito la aparición de acalasia posterior a cirugía bariátrica, posiblemente relacionada con trauma vagal, alteraciones hormonales o cambios mecánicos a nivel de la unión gastroesofágica.³⁻⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 50 años con antecedentes de obesidad grado III (índice de masa corporal [IMC] 43), diabetes tipo 2 e

* Cirujano general. Cirujano bariatra. Hospital Angeles Tijuana. México.
ORCID: 0000-0001-7166-7433

Correspondencia:

Carlos de Jesús Hernández López

Correo electrónico: md.carlos.de.jesus@gmail.com

Recibido: 19-07-2025. Aceptado: 21-01-2026.



hipertensión arterial sin adecuado control; fue sometida a BGYR laparoscópico en 2021.

Al seguimiento en 2023, mostró remisión clínica de ambas comorbilidades y reducción ponderal (IMC 25). Posteriormente, desarrolló disfagia progresiva, regurgitación nocturna e intolerancia a sólidos y líquidos, con pérdida de peso hasta IMC 19.5. Se descartaron complicaciones quirúrgicas estructurales mediante panendoscopia y tránsito esofagogastroduodenal, observándose dilatación esofágica distal con retención de medio de contraste (*Figura 1*).

La manometría esofágica de alta resolución mostró presión de relajación integrada (IRP, por sus siglas en inglés) elevada, peristalsis presente, pero con falla de aclaramiento, y presión intrabolo disminuida, confirmando acalasia tipo II según clasificación de Chicago v4.0.

Se realizó dilatación esofágica con balón Rigiflex, con mejoría clínica y nutricional sostenida al año de seguimiento (peso 63 kg, IMC 24.6, escala de Eckardt 0) (*Figura 2*). Se descartó acalasia secundaria con estudios serológicos e inmunológicos.

DISCUSIÓN

Aunque infrecuente, la acalasia post-BGYR está siendo cada vez más reconocida como una entidad clínica distinta. Estudios han sugerido que pacientes obesos pueden tener predisposición a dismotilidad esofágica, y que la cirugía bariátrica puede actuar como un desencadenante o descompensador de trastornos motores subclínicos.³ Entre los mecanismos propuestos se encuentran el daño inadvertido al nervio vago, la disminución postprandial de gastrina, el aumento de la presión intraabdominal y la obstrucción funcional distal (POSED).⁴



Figura 1:

Se observa dilatación esofágica distal con retención de medio de contraste.

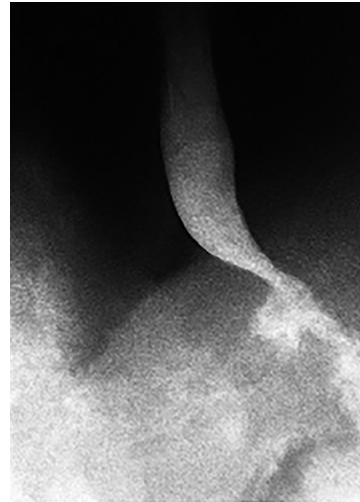


Figura 2:

Se observa ausencia de dilatación esofágica distal con adecuado paso del medio de contraste.

La acalasia tipo II, como en este caso, es la variante más común y con mejor respuesta terapéutica. La dilatación neumática es un tratamiento eficaz en estos pacientes, especialmente cuando la anatomía post-BGYR impide otras intervenciones como miotomía endoscópica peroral (POEM, por sus siglas en inglés) o miotomía laparoscópica.

CONCLUSIONES

La acalasia debe considerarse en el diagnóstico diferencial de disfagia progresiva en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. La manometría esofágica de alta resolución es clave para el diagnóstico. Un abordaje multidisciplinario permite una intervención oportuna y eficaz. Este caso enfatiza la necesidad de la vigilancia prolongada y el reconocimiento de complicaciones funcionales tras cirugía bariátrica.

REFERENCIAS

1. Boules M, Corcelles R, Zelisko A, Batayyah E, Froylich D, Rodriguez J et al. Acalasia after bariatric surgery: A case report and review of the literature. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2016; 26: 480-484.
2. Maselli R, Fiacca M, Pellegatta G, De Sire R, De Blasio F, Capogreco A et al. Peroral endoscopic myotomy for achalasia after bariatric surgery: A case report and review of the literature. *Diagnostics (Basel)*. 2023; 13: 3311.
3. Miller AT, Matar R, Abu Dayyeh BK, Beran A, Vela MF, Lacy BE et al. Postobesity surgery esophageal dysfunction: a combined cross-sectional prevalence study and retrospective analysis. *Am J Gastroenterol*. 2020; 115: 1669-1680.
4. Abu Ghanimeh M, Qasrawi A, Abughanimeh O, Albadarin S, Clarkston W. Acalasia after bariatric Roux-en-Y gastric bypass surgery reversal. *World J Gastroenterol*. 2017; 23: 6902-6906.
5. Shah A, Smolkin M, Nayar R, Richter J. Association between prior surgical or traumatic insult and esophageal achalasia: A case-control study. *Am J Gastroenterol*. 2020; 115: 1681-1687.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx