

GASTROENTEROLOGÍA

ACALASIA

Ariana Vargas Solórzano*

SUMMARY

Achalasia is a disease product of neuronal degeneration of the myenteric plexus in the LES and the esophageal body. It is a rare disease with an annual incidence of 1-2 cases per 100,000 inhabitants. The establishment of symptoms is usually gradual progression; whose pivot symptom is dysphagia, which may be accompanied by regurgitation, chest pain, weight loss, among others. Esophageal manometry is the gold standard, being the most sensitive diagnostic test available. There is a wide variety of treatment, ranging from pharmacotherapy to

endoscopic surgical procedures, which choice depends on the clinical stage of the disease and comorbidities; all of them aimed at improving the symptoms but not cure esophageal motility disorder because it is an incurable disease.

DEFINICIÓN

La acalasia es el trastorno motor primario más frecuente del esófago. Esta enfermedad se caracteriza por la ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) normalmente en respuesta a la deglución y además el cuerpo esofágico pierde las

contracciones peristálticas. Desde el punto de vista fisiopatológico se produce una degeneración del plexo mientérico en la pared esofágica, lo que genera un trastorno en la relajación de las fibras musculares lisas presentes en el esófago distal.^{6,12,9}

EPIDEMIOLOGÍA

La acalasia es un trastorno poco frecuente del esófago con una incidencia anual aproximada de 1 a 2 casos por 100,000 que puede presentarse a cualquier edad pero su pico es entre los 30 y 50 años. Afecta por igual a hombres y mujeres. En la mayor parte de

* Medicina y Cirugía General.

los casos no se encuentra relación familiar.^{1,2,4,9,10,14,15}

ETIOLOGÍA

La acalasia idiopática primaria es la causa de casi todos los casos estudiados en los Estados Unidos. La acalasia secundaria puede deberse a carcinoma gástrico que infiltre el esófago, linfoma, infecciones por *T. cruzii*; (también ha sido relacionado con un mecanismo ligado al herpes virus o a Morbillivirus) e incluso genético (síndrome de la triple AAA).^{6,15}

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síntoma pivote es la disfagia la cual puede presentarse bruscamente pero suele comenzar de forma intermitente y sólo con los sólidos. Posteriormente la dificultad aparece también al tragar líquidos. Suele acentuarse con las emociones o bebidas frías y tiende a empeorar con el paso del tiempo y es frecuente que el paciente utilice algún tipo de maniobra compensatoria (valsalva, cambios posturales) para intentar atenuar este síntoma. La regurgitación ocurre en un 76% de los pacientes y está asociada con aspiración del contenido esofágico y las complicaciones pulmonares en un 10%. Aproximadamente el

50% acompaña dolor torácico, en ocasiones desencadenado por el acto de la deglución, aunque puede aparecer por la noche, con más frecuencia en las fases iniciales de la enfermedad. Por último, es frecuente la pérdida de peso en cantidad variable que suele estar en relación con la intensidad de los síntomas referidos sobre todo en casos avanzados.^{4,5,6,7,8,10,11,15}

DIAGNÓSTICO

La sospecha clínica se confirma con exámenes complementarios:

- Radiología: La radiografía simple de tórax puede mostrar la ausencia de cámara aérea gástrica y en casos avanzados, ensanchamiento mediastínico con presencia de nivel hidroaéreo.⁵ El esofagograma con bario muestra como el esófago se va dilatando y su extremo inferior se afila, con un aspecto en “punta de lápiz”. En fases avanzadas el esófago, aparte de dilatado se hace más largo y tortuoso. Estos hallazgos sin embargo, no son específicos de acalasia, sino que también aparecen en pacientes con estenosis esofágicas distales.^{1,4,8,10}
- Endoscopia: no es imprescindible para el diagnóstico pero sí para descartar tumores que imiten los síntomas de la acalasia (pseudoacalasia). Se pueden apreciar dilatación del cuerpo del esófago y resistencia al paso del endoscopio al estómago.¹⁰

- Manometría: es el gold standar, esta prueba consiste en medir las variaciones de la presión dentro del esófago. Típicamente evidencia una presión de reposo del EEI elevada, relajación incompleta de éste y aperistalsis esofágica. Es el único método posible para el diagnóstico de la enfermedad en sus fases iniciales, mientras otras evaluaciones reportan normal.^{1,5,9,10}

TRATAMIENTO

En la actualidad se dispone de distintas alternativas de tratamiento los cuales son paliativos enfocados en mejorar los síntomas, ya que buscan evitar la esofagectomía. El tratamiento ideal debería disminuir la presión del EEI tanto en reposo como en posdeglución, aliviar la disfagia y resolver la obstrucción funcional, al tiempo que previene una enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Además, dicha terapia debería practicarse en una sesión y permanecer en el tiempo. Ninguna terapia médica o quirúrgica disponible ha logrado lo anterior.^{10,13}

- **Médico:** incluye fármacos como nitratos y bloqueadores de calcio; tienen efectos transitorios con alta recurrencia y son utilizados principalmente en estadios iniciales con muy leve sintomatología, en pacientes que

no están dispuestos a tratamientos invasivos o que sus comorbilidades los contraindican.^{3,8}

• **Endoscópico:** a través de procedimientos como dilatación con balón y la inyección de toxina botulínica al EEI.⁸

Inyección de toxina botulínica: La inyección intraesfinteriana de toxina botulínica por vía endoscópica logra buenos resultados sintomáticos a corto plazo, pero sus efectos son transitorios (menos de 1 año) requiriendo nuevas dosis cada 6 meses y disminuyendo su efecto en potencia y duración. Su uso se reserva igualmente para pacientes seleccionados.^{3,10}

Dilatación con balón: Consiste en la dilatación forzada con balón del EEI, produciendo disrupción parcial de sus fibras musculares generalmente con el paciente sedado y con control radiológico. Las complicaciones son poco frecuentes (5%) pero pueden ser graves (infección respiratoria y perforación). Es la alternativa endoscópica ofrecida con mayor frecuencia a los pacientes ya que su eficacia es comparable a la quirúrgica, con la ventaja de ser un procedimiento ambulatorio, menos costoso y no deja cicatrices. Sin embargo, se ha cuestionado mucho la permanencia de sus resultados a largo plazo y la necesidad de repetir el procedimiento para lograr el éxito terapéutico.^{9,10,13}

• **Quirúrgico:** Diferentes técnicas han sido descritas para llevar a cabo este procedimiento: desde cirugía tradicional abierta hasta los abordajes mínimamente invasivos, ya sea por toracoscopia o laparoscopia.²

La técnica quirúrgica miotomía de Heller por laparoscopia con procedimiento antirreflujo parcial ha demostrado ser el tratamiento más efectivo en cuanto a resolución de los síntomas y alivio a largo plazo. La ventaja del procedimiento quirúrgico es la corrección de la hipertonía del esfínter esofágico inferior mediante cardiomiectomía, al tiempo que se realiza la cirugía para evitar el reflujo patológico secundario a la miotomía. Es de aclarar que la cirugía no alivia el trastorno de la motilidad esofágica. Hacia el futuro cabe entender mejor los mecanismos de la enfermedad y desarrollar una terapia que permita recuperar la función del esófago y proporcionar una cura al paciente.^{2,13}

RESUMEN

La acalasia es una enfermedad producto de la degeneración neuronal del plexo mientérico en el EEI y cuerpo esofágico. Es una patología poco frecuente con una incidencia anual de 1 a 2 casos por 100,000 habitantes. La instauración

de síntomas es habitualmente de progresión gradual; cuyo síntoma pivote es la disfagia, la cual puede ir acompañada de regurgitación, dolor torácico, pérdida de peso entre otros. La manometría esofágica es el gold estándar representando la prueba diagnóstica más sensible disponible. Hay una amplia variedad de tratamiento que va desde farmacoterapia hasta procedimientos quirúrgicos endoscópicos cuya elección de ellos depende del estadio clínico de la enfermedad y comorbilidades del paciente; todos ellos están enfocados a mejorar los síntomas pero no a curar el trastorno de la motilidad esofágica ya que es una enfermedad incurable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angood P, Blinder M, et al. Washington Cirugía. Editorial Marbán S.L. España 2005. Cap 12: 219-220.
2. Astrid E, MD. Manejo mínimamente invasivo de la acalasia: la cirugía como la opción más efectiva. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2012; Vol 27. No 2.
3. Braghetto I, Csendes A, et al. Manejo actual de la acalasia del esófago: revisión crítica y experiencia clínica. Revista Médica de Chile. 2002; Vol 130. No 9.
4. Carmona R. Diagnóstico de acalasia esofágica en la atención primaria de salud: Presentación de un caso. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2007; Vol 23. No 1.
5. Clavé P, Castellvi J. Acalasia

- Estrategias Diagnósticas. GH Continuada España. 2004; Vol 3. No 2.
6. Fauci A, Kasper H, et al. Harrison Medicina Interna. Edición Mc Graw Hill. 17a Edición. México DF. 2009; Vol II, Cap 286: 1849-1850.
 7. Herrera F, et al. Cirugía Manual de Mapas Conceptuales. Editorial El Manual Moderno, S.L. México. 2013: 158-160.
 8. Maish M, Petersen R, et al. Sabiston Cirugía General y del Aparato Digestivo. Elsevier. 19ª Edición. España, S.L. 2014. Cap 1: 15-18.
 9. Mejia R, León F, et al. Desarrollo de una Nueva Técnica Endoscópica para el Tratamiento de la Acalasia: POEM. Revista Chilena de Cirugía. 2014; Vol 66. No 2.
 10. Moreira V, López A. Información al paciente: Acalasia. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2008; Vol 100. No 5.
 11. Mulholland M, Lillemoe K, et al. Greenfield's Surgery Scientific Principles & Practice. Lippincott Williams & Wilkins. Fifth Edition. USA. 2011. Chapter 64: 1028- 1029.
 12. O'Neill O, Johnston B, et al. Achalasia: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. World Journal of Gastroenterology. 2013; 19 (35): 5806- 5812.
 13. Peñola A, et al. Acalasia: en defensa del manejo endoscópico. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología Endoscópica Digestiva, Colonoscopia y Hepatología. 2012.
 14. Vaezi M, Pandolfino J, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Achalasia. The American Journal of Gastroenterology. USA. 2013.
 15. Zaninotto G, Costantini M, et al. Acalasia: Estrategias Terapéuticas. Cir España. 2004; 75 (3): 117- 122.