



**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**  
**Adly Candy Vázquez Hernández**

**DOCENTE:**  
**Dr. Eduardo Zebadua Guillen**

**MATERIA:**  
**Clínica Quirúrgica**

**TEMA:**  
**“Trastornos de la motilidad del esófago”**

**CARRERA:**  
**Medicina Humana**

**SEMESTRE:**  
**5º**  
**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas**

**07/12/2020**

## ACALASIA

La acalasia es una enfermedad de etiología desconocida, cuya incidencia es de alrededor de 1 caso por cada 100 000 habitantes y año. Afecta por igual a varones y a mujeres, y puede presentarse a cualquier edad. Obstrucción motora causada por el esfínter esofágico inferior (LES) hipertenso, relajación incompleta del LES o pérdida de la peristalsis en la porción de músculo liso del esófago. Las causas incluyen: primaria (idiopática) o secundaria por enfermedad de Chagas, linfoma, carcinoma, pseudoobstrucción intestinal idiopática crónica, isquemia, virus neurotrópicos, fármacos, toxinas, radioterapia, posterior a vagotomía.

### Cuadro clínico

El síntoma fundamental en la mayoría de los casos es la disfagia, tanto para los líquidos como para los sólidos, habitualmente de larga evolución. Algunos pacientes describen que la disfagia empeora cuando existe un estado de tensión emocional o si beben líquidos fríos o con gas. La presencia de dolor torácico opresivo y transfixiante, muy parecido al dolor coronario, es también frecuente. Otro síntoma típico es la regurgitación de alimentos retenidos en el esófago, que puede ser inmediata o tardía, y de saliva, en especial por la noche en decúbito. Los pacientes con acalasia también pueden referir síntomas respiratorios, en particular episodios nocturnos de tos, o neumonías recurrentes, debido a la broncoaspiración del contenido esofágico regurgitado. La disfagia puede conducir a una pérdida de peso y, en casos avanzados, puede comportar anemia, malnutrición y deficiencias vitamínicas.

### Diagnóstico

La manometría esofágica de alta resolución es el procedimiento más sensible y específico para el diagnóstico de acalasia. Las dos alteraciones motoras fundamentales que caracterizan a la acalasia son:

- a) relajación incompleta de la UEG tras la deglución (que aumenta la resistencia al flujo esofagogástrico).
- b) ausencia de peristaltismo en el cuerpo esofágico (que disminuye la capacidad propulsiva del esófago).

Según el patrón de presurización esofágica, además, la manometría de alta resolución permite subclasificar la acalasia en tres tipos. La endoscopia digestiva alta es útil para descartar la presencia de lesiones orgánicas, en particular el carcinoma esofágico, que puedan producir obstrucción del esófago distal y simular una acalasia (*seudoacalasia*). En la acalasia, la UEG no ofrece resistencia franca al paso del endoscopio u otro tipo de sonda, al contrario de lo que ocurre en casos de carcinoma o estenosis secundaria a esofagitis. Al practicar la endoscopia en pacientes con acalasia es importante introducir el instrumento en el estómago y, mediante retroflexión del endoscopio, observar la región del cardias, ya que el adenocarcinoma del cardias puede infiltrar la pared del esófago y dar una imagen radiológica y unos hallazgos manométricos indistinguibles de la acalasia idiopática.

En caso de duda deben tomarse biopsias, así como realizar una ultrasonografía endoscópica para confirmar o descartar la sospecha de neoplasia. En el examen con papilla baritada el esófago aparece dilatado y termina, en el diafragma, en forma cónica semejante a un pico de ave, cola de ratón o punta de lápiz; esta zona estrecha corresponde a la UEG. En los estadios iniciales la radiografía puede ser completamente normal, mientras que en los muy avanzados el esófago está muy dilatado y tortuoso y presenta un aspecto sigmoide. En casos muy avanzados, cada vez menos frecuentes, la acalasia puede sospecharse en una radiografía simple de tórax, que demuestra la dilatación esofágica (reflejada por un ensanchamiento del mediastino) con un nivel líquido de retención esofágica.

### **Diagnóstico Diferencial**

El diagnóstico diferencial debe establecerse con la acalasia tumoral o *seudoacalasia*. Esta sospecha debe extremarse en pacientes mayores de 60 años, con una evolución clínica inferior a 6 meses o con una importante pérdida de peso.

### **Tratamiento**

En la actualidad no existe ningún tratamiento que restaure la actividad motora normal del esófago en los pacientes con acalasia. La finalidad de los tratamientos disponibles es disminuir la presión de la UEG para permitir el paso del bolo alimenticio al estómago. Existen diversos métodos que permiten, en mayor o menor grado, disminuir la resistencia de la UEG.

- Los *agentes farmacológicos*: como los nitratos y los bloqueantes de los canales del calcio, disminuyen la presión del EEI y pueden mejorar la disfagia, aunque de forma leve, transitoria y asociada efectos secundarios. Su uso debe limitarse a pacientes en espera de la realización de otro procedimiento o a los escasos individuos cuyo estado general desaconseje otros tratamientos.
- Inyección endoscópica de *toxina botulínica* en el EEI de pacientes con acalasia disminuye su presión y mejora los síntomas. Este efecto se basa en su capacidad de inhibir la liberación de acetilcolina de las terminaciones nerviosas y, por tanto, anular el estímulo colinérgico. Esta técnica tiene la ventaja no tener prácticamente ningún riesgo, pero el principal inconveniente es que su efecto es transitorio, lo que obliga a repetir las inyecciones intraesfinterianas cada 6-24 meses. Su empleo debe restringirse a pacientes ancianos con mal estado general en los que la dilatación endoscópica y la cirugía estén contraindicadas.
- *Dilatación neumática* se practica mediante la utilización de sondas provistas de un balón que se distiende una vez se ha situado en la UEG bajo control endoscópico o radiológico. Debido al riesgo de provocar un desgarro esofágico con perforación (aproximadamente en el 2%-4% de las dilataciones), esta técnica debe practicarse en pacientes hospitalizados, en ayunas y previa aspiración del residuo alimentario y de las secreciones retenidas en el esófago. En la mayoría de los centros se contemplan protocolos de dilatación gradual (balones de diámetro creciente) que incluyen de dos a tres sesiones.

- La *miotomía de Heller*, operación descrita en 1913 aunque actualmente efectuada por vía laparoscópica, es la técnica quirúrgica de elección. Consiste en la sección longitudinal del EEI. Suele asociarse a una funduplicatura parcial para prevenir el reflujo gastroesofágico. Sus resultados son similares a los obtenidos mediante dilatación endoscópica, con una eficacia a los 5 años superior al 80%.
- Recientemente se ha descrito la *miotomía endoscópica peroral* (POEM, del inglés *peroral endoscopic myotomy*), una alternativa endoscópica a la miotomía quirúrgica con resultados muy prometedores, aunque su complejidad técnica ha limitado hasta ahora su difusión a centros altamente especializados.

## ESPASMO ESOFAGICO DIFUSO

El espasmo esofágico difuso implica múltiples contracciones del cuerpo esofágico, espontáneas e inducidas por la deglución, que son de inicio simultáneo, de larga duración y recurrentes. Las causas incluyen las siguientes: primarias (idiopáticas) o secundarias a enfermedad por reflujo gastroesofágico, estrés emocional, diabetes, alcoholismo, neuropatía, radioterapia, isquemia o enfermedad vascular de la colágena. Una variante importante es el espasmo en cascabeles: contracciones peristálticas de gran amplitud (>180 mmHg), relacionadas sobre todo con dolor torácico o disfagia, pero sin relación consistente entre los síntomas y la manometría. Es probable que el trastorno se resuelva con el tiempo o que evolucione a espasmo difuso; se acompaña con mayor frecuencia de depresión, ansiedad y somatización.

### Cuadro clínico

Es muy variable y puede desde producir síntomas graves a pasar completamente inadvertido (en este último caso, el espasmo suele descubrirse de forma casual al practicar, por otro motivo, un examen radiológico con papilla baritada). El dolor retroesternal es una de sus consecuencias clínicas; a veces se irradia a la espalda o hacia los brazos, con una distribución semejante a la de la angina de pecho. El dolor puede aparecer espontáneamente o desencadenarse tras la ingestión de bebidas frías o durante períodos de tensión emocional. El carácter constrictivo del dolor y su localización retroesternal determinan que pueda confundirse a veces con el dolor anginoso. El dolor del espasmo, como el de la angina, puede desaparecer con la administración de nitroglicerina, por lo que este dato es de escaso valor para el diagnóstico diferencial. El otro síntoma característico del espasmo es la disfagia, que puede coincidir o no con el dolor. Suele ser episódica e igual para sólidos y líquidos.

### Diagnóstico

La imagen radiológica *en sacacorchos o tirabuzón*, que sugiere contracciones energéticas y simultáneas en el cuerpo esofágico, es muy característica pero sólo se observa en una minoría de los casos. El diagnóstico definitivo del espasmo esofágico se establece mediante el estudio manométrico, que revela más del 20% de las contracciones prematuras. A estos hallazgos pueden asociarse un aumento de la presión y duración de las contracciones del cuerpo esofágico. Al igual que en la acalasia, la utilidad de la endoscopia consiste en descartar procesos orgánicos (neoplasias, esofagitis, anillos) que produzcan secundariamente alteraciones motoras del esófago.

### Tratamiento

Varía según la gravedad de los síntomas. En los casos leves puede ser suficiente explicar al paciente el origen de sus molestias y asegurarle que la enfermedad no es peligrosa. Al mismo tiempo se le debe aconsejar que mastique cuidadosamente y evite tragar deprisa. En casos más graves se han utilizado diversos agentes farmacológicos, en particular anticolinérgicos, nitritos y antagonistas del calcio, con resultados variables. En los pacientes que continúan presentando síntomas puede realizarse una dilatación forzada, que puede aliviar la disfagia y mucho menos el dolor, aunque suele ser temporal y, en todo caso, inferior al que se obtiene en la acalasia. Con el mismo objetivo se ha ensayado la

inyección de toxina botulínica en la parte distal del esófago y la UEG. Por último, en los casos muy graves se ha realizado una miotomía larga, que es básicamente una miotomía de Heller extendida desde el EEI hasta el punto en que se observan manométricamente signos de espasmo; este procedimiento se completa con una técnica antirreflujo. Los resultados del tratamiento quirúrgico son muy variables, y este debe restringirse a pacientes con buen estado general y síntomas verdaderamente incapacitantes.