

Universidad del sureste

DR. Eduardo Zebadua guillen

Clínica quirúrgica

Acalasia y espasmos esofágico difuso

Hannia del Carmen Salazar jimenez

Acalasia

Trastorno del musculo liso del esófago, existe contracción excesiva del EEI

Afecta a ambos sexos. En la 3 o 5ta década de la vida

Patogenia idiopática o degeneración neurogena infecciosa.

Existe una hipertensión del EEI y una imposibilidad de relajarlo durante la deglución faríngea, presurización del esófago, dilatación esofágica y perdida del peristaltismo progresivo. Trastorno esofágico premaligno (8% de propabilidad de desarrollar un carcinoma) Carcinoma epidermoide es el mas frecuente

Fisiopatología

Su causa primaria es desconocida Datos sugieren posibles factores causales a componentes hereditarios, degenerativos, autoinmunes e infecciosos. Importante actividad inflamatoria a nivel del plexo mienterico esofágico y una perdida selectiva de las neuronas inhibitorias postganglionares Generación de aperistalsis del cuerpo esofágico e insuficiente relajación del EEI

Diagnostico

Se deberá sospechar en aquellos pacientes con disfagia a solidos y líquidos, regurgitación que no responde al tratamiento adecuado con IBP y puede o no tener pérdida de peso, así como dolor de pecho ocasional

Esofagografía: Pico de Pájaro

Manometría: muestra 5 signos clásicos EEI:

1. Presión mayor de 35mmHg
2. Esfínter no se relaja al deglutir

Cuerpo esofágico:

1. Presión por encima de línea basal
2. Aperistalsis

3. Ondas de escasa amplitud

Manometría

TECNICA POR LA CUAL SE IDENTIFICA Y ANALIZA LA PRESION DE LOS ESFINTERES ESOFAGICOS SUPERIOR E INFERIOR Y LA MOTILIDAD DEL CUERPO ESOFAGICO. DEFINE Y DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD.

Diagnóstico diferencial

Pseudoacalasia

- ♥ Adenocarcinoma gastroesofágico
- ♥ Adenocarcinoma pancreático
- ♥ Adenocarcinoma de mama
- ♥ Adenocarcinoma de pulmón
- ♥ Cáncer hepatocelular

Acalasia secundaria

- ♥ Funduplicatura previa
- ♥ Banda gástrica previa

Enfermedad de Chagas

- ♥ Trypanosoma cruzi

Tratamiento Farmacológico

- ♥ Nitratos
- ♥ Duración corta 30 minutos
- ♥ Mejoría de la disfagia de 53 – 87%
- ♥ Disminuye la presión el EEI en un 30-65%

Bloqueadores de los canales de calcio

- ♥ El mas empleado es el nifedipino
- ♥ Mejoría de los síntomas hasta un 75%

- ♥ Disminuye la presión de la UEG de un 13 a 49%

Sildenafil

- ♥ Inhibidor de la fosfodiesterasa
- ♥ Su utilidad clínico no es clara

Nifedipino (10-30 mg)

- ♥ Máximo efecto a los 45 minutos de la ingesta
- ♥ Se utiliza "sublingual" 30-45 minutos antes de la comida

Dinitrato de isosorbide (10 mg)

- ♥ Sublingual 10-15 minutos antes de los alimentos
- ♥ Cefalalgia, hipotensión, edema de MPs,

Terapia Endoscópica - Botox

Inyección de toxina botulínica

- ♥ Inhibe la liberación de acetilcolina en las terminales presinápticas
- ♥ 100 U distribuidas justo arriba de la unión EG en los 4 cuadrantes
- ♥ Respuesta satisfactoria a 1 mes en el 75% de los pacientes
- ♥ Respuesta satisfactoria a 1 año solo el 35 a 41 % de los pacientes
- ♥ Dolor torácico en 16 a 25%
- ♥ Mediastinitis y reacción alérgica
- ♥ Reacción inflamatoria en plano muscular asociado a mayor tasa de complicaciones quirúrgica y dificultad para tratamiento subsecuente
- ♥

Terapia Endoscópica – Stents

- ♥ Terapia alternativa y segura
- ♥ Es temporal

- ♥ Autoexpandible
- ♥ Continua en mejoría

Terapia Endoscópica - Dilatación

- ♥ Rigiflex (Boston Scientific)
- ♥ 30, 35, 40 mm; 14 fr
- ♥ Sedación y bajo fluoroscopia
- ♥ Balón para acalasia (Cook)
- ♥ 20, 35 mm; 16fr
- ♥ Respuesta 68% a 1 año
- ♥ Perforación 1.6%
- ♥ ERGE 0-30%
- ♥ Balón de poliuretano, se posiciona en el EEI y se inicia a 30 mm a una presión de 8-15 PSI por 15-60 segundos
- ♥ Dilataciones subsecuentes a-3 semanas
- ♥ Si el índice de Eckardt es < 3 = éxito
- ♥ Factores de riesgo para falla en el tratamiento
- ♥ Edad < 40 años
- ♥ Sexo masculino
- ♥ Esófago muy dilatado
- ♥ Pobre vaciamiento postdilatación
- ♥

Terapia Endoscópica - POEM

- ♥ Per Oral Esophageal Myotomy
- ♥ Plano submucoso de un mínimo de 6 cm de largo del esófago y 2 cm bajo la UEG

Terapia Quirúrgica

- ♥ Miotomía + plicatura

- ♥ Excelentes resultados en 60-94% de los pacientes
- ♥ Laparoscópica es la técnica de elección
- ♥ Funduplicatura anterior (Dor) o posterior (Toupet)
- ♥ Puede requerir terapia con IBP

ESPASMO ESOFÁGICO DIFUSO

Alteración motora primaria de la conducción nerviosa que condiciona una adecuada deglución provocando contracciones simultaneas no peristálticas

3 -5 % de los pacientes sometidos a manometría presentan dichas alteraciones.

FISIOPATOLOGÍA

Contracciones no peristálticas causadas por la disfunción de los nervios inhibitorios.

Aumento de las contracciones y/o contracciones espontaneas repetitivas

Alteraciones en el nervio vago

Hipertrofia e hiperplasia en músculo
esofágico

Cuadro clínico

- ♥ Dolor torácico
Prolongado. Interrumpe el sueño. Relacionado c/ alimentación. Alvia c/
antiácidos

- ♥ Disfagia

Diagnósticos

- ♥ Se descarta isquemia coronaria
- ♥ Trago de bario (radiografía de esófago, estómago y duodeno con contraste de bario)
- ♥ Manometría esofágica

Los diagnósticos alternativos son isquemia coronaria, que quizá deba ser descartada mediante estudios adecuados

El estudio de deglución con bario puede mostrar escasa progresión de un bolo y contracciones simultáneas y desordenadas, o contracciones terciarias. Los espasmos intensos pueden simular el aspecto radiográfico de divertículos, pero pueden variar de tamaño y posición.

Manometría: presencia de contracciones espontaneas, simultaneas +20% de las degluciones líquidas Aumento en amplitud de las ondas de +30mmHg

Tratamiento

- ♥ Fármacos relajantes del musculo liso: hidralazina
- ♥ Antidepresivos : alprazolam
- ♥ Dilatación neumática
- ♥ Esofagomiotomía