



Universidad del sureste

Fisiopatología II

Asesor: Doctor Eduardo Zebadua

Resumen “Acalasia y espasmo esofágico difuso”

Mi Universidad

Alumno: Noé Agustín Nájera Zambrano

Medicina humana

Acalasia

Definición

Ésta es una enfermedad inusual generada por la pérdida de las células ganglionares del plexo mi entérico esofágico,

Etiología

En la enfermedad de larga evolución, se observa una aganglionosis virtual. Las neuronas ganglionares excitadoras (colinérgicas) se afectan en grado variable, en tanto siempre se alteran las neuronas ganglionares inhibitoras (óxido nítrico).

Se cuenta con evidencia creciente, la cual sugiere que la causa definitiva de la degeneración de las células anglionares en la acalasia es un proceso autoinmunitario que puede atribuirse a una infección latente por el virus del herpes simple tipo 1, combinada con la sensibilidad genética.

Factores de riesgo

Los pacientes con Acalasia avanzada se encuentran en mayor riesgo de generar bronquitis, neumonía o absceso pulmonar por efecto de la regurgitación y la aspiración crónicas.

Epidemiología

con incidencia poblacional aproximada de 1:100 000 y que suele presentarse entre los 25 y los 60 años de edad.

Fisiopatología

Desde la perspectiva funcional, las neuronas inhibitoras median la relajación del esfínter esofágico inferior para la deglución, así como la propagación secuencial de la peristalsis. Su ausencia conduce a una relajación anómala del LES para la deglución, así como falta de peristalsis.

La acalasia de larga evolución se caracteriza por una dilatación progresiva y una deformidad sigmoidea del esófago, con hipertrofia del LES. Sus manifestaciones clínicas pueden incluir disfagia, regurgitación. En la acalasia de larga evolución, el esófago puede adquirir una configuración sigmoidea.

dolor torácico y pérdida de peso. La mayor parte de los individuos refiere disfagia tanto a sólidos como a líquidos. La regurgitación se presenta cuando se retienen alimentos, líquidos y secreciones en el esófago dilatado.

Cuadro clínico

El dolor torácico es frecuente en una fase temprana de la evolución de la acalasia y se piensa que resulta del espasmo esofágico. Los pacientes describen un dolor retroesternal constrictivo, semejante a la opresión, que en ocasiones se irradia hacia el cuello, las extremidades superiores, la mandíbula y la espalda. De manera paradójica algunas personas refieren pirosis, que puede ser un equivalente al dolor torácico.

Diagnóstico: estudios de laboratorios y gabinete

El diagnóstico diferencial de la acalasia incluye DES, enfermedad de Chagas y pseudoacalasia. La infiltración tumoral, que se observa con más frecuencia con el carcinoma del fondo gástrico o el esófago distal, puede simular a la acalasia idiopática. Esta “pseudoacalasia” resultante origina hasta 5% de los casos sospechosos

y es más probable en pacientes de edad avanzada, con síntomas de inicio súbito (menos de un año) y pérdida de peso. De ahí que la endoscopia deba formar parte de la valoración de la acalasia.

Cuando la sospecha clínica de pseudoacalasia es intensa, quizá sean valiosos los estudios de CT o la ecografía endoscópica. En raras ocasiones, la pseudoacalasia quizá se deba a un síndrome paraneoplásico en el cual hay anticuerpos antineuronales circulantes.

La acalasia se diagnostica mediante un estudio radiográfico con trago de bario, una manometría esofágica o ambos; la endoscopia desempeña una función más bien menor, excepto por la exclusión de la pseudoacalasia.

El estudio de deglución de bario muestra un esófago dilatado con vaciamiento deficiente, un nivel hidroaéreo y un estrechamiento progresivo al nivel del LES que confiere al contraste una distribución en pico.

La manometría de alta resolución ha permitido ciertos avances en este diagnóstico; pueden diferenciarse tres subtipos de acalasia con base en el patrón de presurización del esófago carente de peristalsis

Tratamiento

El tratamiento de la Acalasia tiene menos capacidad de aliviar el dolor torácico que la disfagia o la regurgitación.

El tratamiento se orienta a reducir la presión del LES, de tal manera que la gravedad y la presurización esofágica promuevan el vaciamiento del esófago.

La presión del LES puede reducirse con tratamiento farmacológico, dilatación forzada o miotomía quirúrgica.

Los tratamientos farmacológicos son poco eficaces, pero muchas veces se utilizan para ganar tiempo. Se administran nitratos o antagonistas de los conductos de calcio antes de los alimentos y se recomienda precaución como consecuencia de sus efectos sobre la presión arterial. La inyección de toxina botulínica dentro del LES por vía endoscópica inhibe la liberación de acetilcolina a partir de las terminales nerviosas y mejora la disfagia en ~66% de los casos durante por lo menos seis meses. El sildenafil u otros inhibidores de la fosfodiesterasa disminuyen de manera eficaz la presión del LES, pero algunas cuestiones prácticas limitan su aplicación clínica en la acalasia.

Las únicas medidas terapéuticas con resultados duraderos para la acalasia son la dilatación neumática y la miotomía de Heller.

Pronostico

No se cuenta con estrategia conocida alguna para prevenir o revertir la acalasia. No hay estudios clínicos controlados grandes sobre las alternativas terapéuticas y se debate la estrategia terapéutica óptima.

En la acalasia sin tratamiento o con medidas terapéuticas inadecuadas, la dilatación esofágica predispone a la esofagitis por estasis. La esofagitis por estasis prolongada es la explicación más factible del vínculo que hay entre la acalasia y el cáncer epidermoide esofágico. Los tumores surgen años después de aparecida la acalasia, por lo general cuando hay un esófago muy dilatado y el riesgo general de cáncer epidermoide se

incrementa 17 veces en comparación con los testigos.

Espasmo esofágico difuso

Definición

El DES se manifiesta por episodios de disfagia y dolor torácico que pueden atribuirse a contracciones esofágicas anómalas acompañadas de una relajación normal del LES durante la deglución.

Etiología

La manometría de alta resolución sugiere que el DES, si se delimita con base en una modalidad restrictiva, es de hecho mucho menos común que la acalasia y los casos sospechosos con frecuencia corresponden a cuadros de acalasia clasificados de forma incorrecta.

Factores de riesgo

Como consecuencia, el tratamiento de estos pacientes debe dirigirse ya sea contra el trastorno esofágico más frecuente (la GERD) o afecciones sistémicas, como la depresión o la neurosis de somatización, las cuales se identifican de manera concomitante.

Epidemiología

El espasmo esofágico difuso (eeD) es un trastorno motor infrecuente. La prevalencia oscila en torno al 0,6-2,8% de los pacientes referidos para evaluación de dolor torácico, y en un 3,3-5,3% de los pacientes referidos por disfagia¹.

Fisiopatología

Desde la perspectiva radiográfica, el DES se caracteriza por contracciones terciarias o un "esófago en sacacorchos", pero en muchos casos estas alteraciones corresponden de hecho a la acalasia. Desde la perspectiva manométrica, se proponen diferentes características definitorias, entre las cuales se encuentran la actividad desorganizada ("espástica") del esófago distal, las contracciones espontáneas y de repetición o las contracciones de gran amplitud o prolongadas.

Cuadro clínico

El dolor torácico esofágico se asemeja en gran medida a la angina de pecho. Las características que sugieren el origen esofágico incluyen aparición de dolor no vinculado con el ejercicio, de tipo prolongado, que

interrumpe el sueño, relacionado con la alimentación y que se alivia con antiácidos, a la vez que se acompaña de pirosis, disfagia o regurgitación.

Diagnóstico: estudios de laboratorios y gabinete

Todas estas características muestran sobreposición con el dolor cardiaco, que aún debe constituir el primer diagnóstico diferencial.

Por otra parte, incluso al interior del espectro de las enfermedades esofágicas, tanto el dolor torácico como la disfagia también son característicos de la esofagitis péptica o infecciosa. Sólo una vez excluidas estas

entidades patológicas más frecuentes mediante la valoración, el tratamiento o ambos, debe perseguirse un diagnóstico de DES.

Si bien los criterios para definición se analizan hoy en día, el DES se diagnostica mediante manometría. La endoscopia es útil para identificar lesiones estructurales e inflamatorias alternativas que pudieran inducir dolor torácico. Desde la perspectiva radiográfica, un “esófago en sacacorchos”, un “esófago en cuentas de rosario”, los pseudodivertículos o el rizamiento esofágico pueden identificar al DES, pero también se aprecian en la acalasia espástica.

El diagnóstico se basa en los resultados de la radiografía con ingesta de bario y la manometría.

Tratamiento

Hay estudios clínicos pequeños no controlados que refieren respuesta a nitratos, antagonistas de los conductos de calcio, hidralazina, toxina botulínica y ansiolíticos. El único estudio clínico controlado que revela eficacia se realizó con un ansiolítico. La cirugía (miotomía extensa o incluso esofagectomía) debe valorarse sólo cuando se observa pérdida de peso intensa o dolor insoportable. Estas indicaciones son en extremo inusuales.

El tratamiento consiste en bloqueantes de los canales de calcio, inyecciones de toxina botulínica o, en algunos casos, cirugía.

Pronóstico

El reflujo y los diagnósticos psiquiátricos, en particular la ansiedad y la depresión, son frecuentes entre estos individuos. En >50% de estas personas, se detecta un umbral de dolor visceral más bajo y síntomas de síndrome de colon irritable.

Un espasmo esofágico puede aparecer y desaparecer (intermitente) o durar por mucho tiempo (crónico). Los medicamentos pueden ayudar a aliviar los síntomas.