



Nombre del alumno: Jasson Yael López Ordoñez

Nombre del profesor: Dr. Romeo Antonio Molina

Nombre del trabajo: Acalasia – Resumen

Materia: Técnicas Quirúrgicas Básicas

Grado: 6to

Grupo: A

Comitán de Domínguez, Chiapas a 24 de
mayo del 2024.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del aparato digestivo son patologías que causan un deterioro fuerte de la calidad de vida de los pacientes, puesto que ello no solo implica que el paciente dejara de degustar de una buena comida, sino que puede conllevar a la progresión de estados patológicos más avanzados como lo son la desnutrición, la aparición de patologías malignas secundarias al trastorno digestivo, lesión del órgano en cuestión o daño a órganos adyacentes al de la patología de base.

Es por tal razón que dentro no solo del medio quirúrgico, sino también clínico, se debe de conocer las patologías del aparato digestivo que pueden causar avanzadas afecciones a nuestros pacientes, dentro de las cuales se destacan la Acalasia. La Acalasia es una enfermedad propia del esófago, en específico, con afección al esfínter esofágico inferior, en el cual este pierde su motilidad y es incapaz de transportar en bolo alimenticio con normalidad hacia el estómago, así como pudiendo causar también, una sintomatología en extremo parecida a la de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, razón por la cual la se hace de tanta relevancia hablar de este tema, debido al diagnóstico erróneo que se le puede llegar a dar, y motivo por el cual es fundamental conocer a detalle la enfermedad, sobretodo su parte clínica, ya que es ahí donde se podrá realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

A su vez, el valor de enfatizar en la enfermedad no es solo llegar a un diagnóstico adecuado, también es de brindar un adecuado tratamiento al paciente, al cual, si bien se le puede dar un manejo conservador con medicamentos, el verdadero tratamiento radicará en lo quirúrgico.

Por tales razones, es así que, en este trabajo bibliográfico, se busca dar respuesta a las dudas clínicas, diagnósticas y terapéuticas acerca de la enfermedad conocida como Acalasia.

ACALASIA

La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica, caracterizado por una deficiente relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) y pérdida de la peristalsis esofágica.

EPIDEMIOLOGÍA

A pesar de tener una baja incidencia (1:100 000 habitantes), es la segunda causa de cirugía esofágica en el mundo.

DIAGNOSTICO

La presentación clásica de acalasia se caracteriza por disfagia a sólidos y líquidos asociado a regurgitación de alimentos no digeridos o saliva. Puede presentarse con dolor torácico posprandial asociado a la disfagia, pérdida de peso, pirosis, lo que puede condicionar un diagnóstico inicial erróneo de enfermedad por reflujo gastroesofágico y administrar tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, la cual será pesimamente tolerada por el paciente, y será en ese punto donde por descarte, el diagnóstico de acalasia se puede dar. Se debe sospechar de acalasia en aquellos pacientes con disfagia a sólidos y líquidos asociado con regurgitación y que no responden a tratamiento con inhibidores de bomba de protones.

LABORATORIOS Y ESTUDIOS DE IMAGEN DIAGNOSTICOS

La manometría es esencial para el diagnóstico. La aperistalsis y la relajación incompleta del EEI sin evidencia de obstrucción mecánica son hallazgos manométricos diagnósticos de acalasia.

La endoscopia es útil para descartar obstrucción mecánica o pseudoacalasia, ya que ambas pueden ser clínica y manométricamente similares a la acalasia.

Esofagograma baritado: se puede presenciar dilatación esofágica, unión esofagogástrica estrecha en “pico de pájaro”, aperistalsis y vaciamiento esofágico retardado.

La secuencia de estudios recomendados para el diagnóstico es: primero esofagograma baritado, posteriormente endoscopia y por último manometría esofágica.

TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico:

Incluye bloqueadores de canales de calcio (BCC) y nitratos por vía sublingual. Estos medicamentos disminuyen la presión basal del EEI en 50% de los pacientes.

- Dinitrato de isosorbide 2.5-10mg sublingual cada 5-15 min (máximo 3 dosis en 30min): mejora la sintomatología en 53-87% de los pacientes.
- Nifedipino 10-30mg cada 8 horas: mejora la sintomatología en 0-75% de los pacientes.

Tratamiento endoscópico:

Toxina botulínica tipo A 100 UI con dilución en solución salina y en bolos de 0.5-1 ml en los 4 cuadrantes de la unión escamocolumnar: ha resultado ser efectiva en el 85% de los pacientes, aunque presenta una recurrencia universal a los 2 años.

Si la presión del EEI es >18 mmHg posterior a la aplicación, es poco probable que responda a una segunda dosis.

El tratamiento endoscópico tiene una baja tasa de complicaciones, algunas son: mediastinitis, trastornos del ritmo cardiaco, derrame pleural, ulceración e la mucosa esofágica, reacciones alérgicas a la proteína del huevo).

Tratamiento con endoprótesis:

No se recomienda la utilización de endoprótesis debido al riesgo de complicaciones e incluso de mortalidad.

Tratamiento por dilatación neumática graduada (DNG):

Se requiere de personal entrenado para su uso, así como un grupo quirúrgico en caso de perforación. En este procedimiento se requiere una presión de 8-15 psi mantenido por 15-60 segundos.

Se realiza una dilatación inicial con un balón de 3cm y una reevaluación de los síntomas cada 4-6 semanas. Si la sintomatología persiste, se utiliza secuencialmente los tamaños de 3.5 y 4 cm.

Algunos factores favorables para la DNG son: mujeres, >45 años, acalasia tipo II, presión <10mmHg posterior al tratamiento.

Tratamiento con miotomía endoscópica peroral:

No existe evidencia suficiente para su recomendación y tiene alto riesgo de complicaciones en manos inexpertas.

Tratamiento quirúrgico:

Se recomienda la miotomía laparoscópica como tratamiento inicial en pacientes con acalasia. El tamaño recomendado oscila entre 4-8 cm en el esófago y 0.5-2 cm en el estómago. Además se recomienda realizar funduplicatura sin preferencia de un tipo sobre otro (parcial posterior tipo Toupet, parcial anterior tipo Dor, 360° tipo Nissen holgada).

Miotomía quirúrgica de Heller: división de las fibras musculares del EI sin interrupción de la mucosa.

Se sugiere realizar endoscopia transoperatoria para verificar que se realizó una miotomía completa y que no hay perforación esofágica o gástrica.

ACALASIA TERMINAL

Algunos pacientes pueden evolucionar a acalasia terminal, la cual se caracteriza por megaesófago o esófago sigmoideo. Estos pacientes deberán ser tratados con miotomía, sin embargo, ante la falta de respuesta, está indicada la esofaguectomía con ascenso gástrico como primera elección, o mediante transposición de colon.

SEGUIMIENTO Y PRONÓSTICO

La mejoría sintomática no es un indicador confiable de mejoría en el vaciamiento esofágico, por lo que el seguimiento debe incluir tanto la valoración clínica como con esofagograma baritado temporizado (EBT).

Aquellos pacientes con vaciamiento anormal a los 5 minutos (independientemente de presencia o no de síntomas) tendrán mayor riesgo de recaída.

Algunos estudios indican que los pacientes con presión basal del EEI de 10mmHg después de una dilatación neumática tendrán mayores tasa de remisión a 10 años.

En pacientes con más de 10 años de evolución con acalasia, se sugiere realiza panendoscopia cada 3 años por riesgo de cáncer.

Se sugiere evaluar el desarrollo de reflujo gastroesofágico, a través de la escala de DeMeester modificada, y en aquellos pacientes con datos clínicos de reflujo gastroesofágico, se debe realizar endoscopia y pHmetría.

Se recomienda la valoración a través de la escala de Eckardt a los meses 1, 3, 6 y 12 de tratamiento y posteriormente cada año.

- Eckardt >3 se debe realizar EBT.
- Eckardt <3 vigilancia clínica con EBT anualmente.

CONCLUSIONES

La Acalasia es una patología que compromete severamente la calidad de vida de los pacientes que la padecen, por lo cual es importante reconocer adecuadamente su sintomatología para diferenciarla en la consulta de un ERGE, comenzando con sus datos más característicos y que la misma guía nos enfatiza, sospechar de acalasia en todo paciente el cual presente dificultad para deglutir sólidos o líquidos, dato el cual aunque podría llegarse a presentar en algunos paciente con ERGE, no es tan característico de la enfermedad como lo es con la acalasia; lo cual nos da paso a lo segundo, una vez identificada clínicamente la patología debemos realizar adecuadamente el protocolo de estudios de imagen, que por supuesto, nos ayudará a dar con el diagnóstico de la patología y a descartar otras, sobre todo con el uso de la endoscopia.

Un punto importante a resaltar es que, a pesar que el tratamiento definitivo es quirúrgico, el realizarlo resulta complejo, ya que se pueden presentar muchas complicaciones transoperatorias que ponen en gran riesgo la vida del paciente; sin embargo, aquí dependerá completamente del criterio médico y la individualización de nuestros pacientes para decidir quién será candidato a cirugía y quien será candidato aun manejo más conservador.

BIBLIOGRAFÍA

- Diagnóstico y tratamiento de la acalasia en adultos. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: Secretaria de Salud. (2015)