



“Resumen Alcalasia”

Garcia Aguilar Paola Montserrat

Materia: Clínicas Quirúrgicas

6to semestre, grupo “B”

PASIÓN POR EDUCAR

Alcalasia

Definición:

La Alcalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica, caracterizado por una **deficiente relajación** del esfínter esofágico inferior (EEI) y **pérdida de la peristálsis esofágica**; lo anterior ocasiona dificultad en el vaciamiento del esófago con una dilatación gradual y progresiva del mismo, teniendo un efecto en el estado nutricional del paciente, modificando sus hábitos alimenticios.

TIPOS DE ACALASIA

Clásica: contracciones simultáneas de baja amplitud en el cuerpo esofágico

Vigorosa: contracciones esofágicas simultáneas, pero de gran amplitud y repetitivas, pareciéndose a un espasmo esofágico difuso.

Epidemiología

- Su incidencia es baja (1: 100,000)
- Es la segunda causa de cirugía esofágica en el mundo.
- El retraso de su diagnóstico afecta la calidad de vida del paciente, pudiendo desarrollar megaesófago.
- El adenocarcinoma de estómago puede presentarse con la misma clínica que la Alcalasia.

CLÍNICA

- DISFAGIA A SÓLIDOS Y LÍQUIDOS + REGURGITACIÓN DE ALIMENTOS NO DIGERIDOS O SALIVA.
Dolor torácico posprandial asociado a disfagia
- Pérdida de peso
- Pirosis (puede confundir el cuadro con ERGE) pero estos no responden a IBP.

Complicaciones:

Diagnóstico:

ESOFAGITIS	Se origina por la irritación que producen los alimentos y por sobreinfección.
ASPIRACIÓN BRONCOPULMONAR	En relación con la regurgitación, que aparece en el 30%.
CARCINOMA ESOFÁGICO	Entre 2 y 7% con acalasia.

El Esófago se valora de manera integral: Esofagograma (Anatomía), Endoscopia (Morfología) y Manometría (Funcional).

1ra elección: ESOFAGOGRAMA BARITADO

- Dilatación del esófago
- Unión esófago-gástrica estrecha
- Imagen clásica EN PICO DE PÁJARAO (o punta de lápiz)
- Vaciamiento retardado en la modalidad temporizada.



ENDOSCOPIA

- Descartará causas secundarias y sobre todo tumorales.

MANOMETRÍA ESOFÁGICA

: Permiten en alación detal ana temireferento dia resolucio
Permite tener una valoración integral (anatómica, morfológica y funcional)

TRATAMIENTO

FAMARCOLÓGICO ORAL

- Bloqueadores de Canales de Calcio (NIFEDIPINO)
Nitratos/NITRITOS (ISOSORBIDA) (pueden dar cefalea)
Se administran por vía sublingual Disminuyen la presión basal del EEI hasta 50%
- Su limitación es el efecto corto y el alivio incompleto de los síntomas.

- Efectos secundarios: edema periférico, dolor de cabeza e hipotensión.
- Indicado SOLO en NO CANDIDATOS a cirugía o endoscopia.

MANEJO ENDOSCÓPICO

- TOXINA BOTULÍNICA: una inyección vía Endoscópica puede ser efectiva en un 85% pero su efecto disminuye en meses.
- El efecto, se maximiza con múltiples inyecciones
- Tiene buenos resultados en pacientes con edad avanzada, acalsia vigorosa o presión basal no excede el 50% normal
- Indicado SOLO en NO CANDIDATOS a dilatación neumática o miotomía quirúrgica

DILATACIÓN NEUMÁTICA GRADUADA (con balón)

- Utiliza aire presurizado para dilatar intraluminalmente el esófago a través de un balón y romper las fibras
- circulares del EEI.
- Se realiza bajo sedación y con control endoscópico o radiológico.
- La presión requerida es de 8 - 15 psi mantenido por 15 - 60 segundos.
- Se debe descartar perforación con un estudio contrastado.
- El 15 - 35% pueden presentar ERGE después de la dilatación.

Indicada en pacientes que tienen un riesgo quirúrgico alto para cirugía, edad avanzada o no desean Qx.

MIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA + PROCEDIMIENTO ANTIRREFLUJO

- Consiste en la división de las fibras musculares del EI sin interrupción de la mucosa.
- Mejora la sintomatología entre 77 - 100% de los casos (independiente de la Funduplicatura simultánea)
- Tratamiento de elección de manera inicial en Acalasia
- Recomendado realizar Funduplicatura de Nissen o de Toupet de manera concomitante para evitar ERGE.

ACALASIA TERMINAL

Los pacientes con megaesófago o esófago sigmoideo, candidatos a cirugía, deben recibir Esofaguetomía con ascenso gastrico.