

Acalasia. Tratamiento de dilatación con balón: 14 años de seguimiento

Autores Olga Silva¹, Denny Castro¹, Johana Marcano², Liliana Uscategui¹

Afiliación 1 Gastroenterólogo
2 Residente del postgrado de gastroenterología.
Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal Dr. Luis E. Anderson. San Cristóbal – Edo. Táchira. Venezuela

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2018; 72(3):77-79.

© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.

Fecha de recepción: 02-11-18

Fecha de revisión: 20-11-2018

Fecha de Aprobación: 07-12-2018

Resumen

Introducción: La Acalasia se considera un trastorno motor esofágico dado clínicamente por la dificultad intermitente y progresiva a la ingesta de alimentos, existiendo diferentes métodos terapéuticos para su resolución. **Objetivo:** Describir la experiencia en el tratamiento de esta patología con dilatación con balón nuestra Institución en un periodo de 14 años. **Materiales y Métodos:** Revisión retrospectiva de las historias de pacientes con diagnóstico de Acalasia. **Resultados:** Se incluyeron un total de 53 pacientes. No hubo diferencias en cuanto a sexo, una edad promedio de 51 años a los cuales se les realizó a un 73% de dos a tres dilataciones neumáticas con buenos resultados a los 5 años de seguimiento. **Conclusiones:** La dilatación neumática progresiva con Balón resultó un método seguro, con muy bajas complicaciones y resultados óptimos a largo tiempo.

Palabras clave: Acalasia, tratamiento endoscópico, dilatación neumática.

ACHALASIA TREATMENT WITH BALLOON DILATATION: 14 YEARS OF FOLLOW-UP

Summary

Introduction: Achalasia is considered an esophageal motor disorder given clinically by the intermittent and progressive difficulty to the food intake, existing different therapeutic methods for its resolution. **Objective:** To describe the experience in the treatment of this pathology with dilation with balloon our Institution in a period of 14 years. **Materials and Methods:** Retrospective review of the histories of patients diagnosed with Achalasia. **Results:** A total of 53 patients were included. There were no differences in terms of sex, an average age of 51 years, which was performed at 73% from two to three pneumatic dilatations with good results at 5 years of follow-up.

Conclusions: Progressive pneumatic balloon dilatation was a safe method, with very low complications and optimal long-term results

Key words: Achalasia, endoscopic treatment, pneumatic dilation.

Introducción

La Acalasia es una enfermedad crónica poco común, que produce una alteración de la motilidad esofágica con una incidencia de aproximadamente 1.5 por cada 100,000 personas. La acalasia afecta por igual a hombres y mujeres⁽¹⁾. Fue descrita en 1674 cuando Sir Thomas Williams informó sobre una enfermedad que originaba la obstrucción del paso de la comida dentro del esófago de origen desconocido⁽²⁾

Es un trastorno primario de la motilidad esofágica caracterizado por la ausencia de peristálsis esofágica y por la relajación incompleta del esfínter esofágico inferior⁽³⁾, debida a una destrucción irreversible de las neuronas del plexo mientérico, y por consiguiente, una ausencia total de la peristálsis a nivel del cuerpo del esófago, con afectación del esfínter esofágico inferior (EEI) ya que se incrementa la presión basal, hay relajación incompleta del esfínter esofágico inferior (EEI) y la desaparición de la latencia y naturaleza peristáltica de la contracción del cuerpo esofágico.⁽⁴⁾

Las manifestaciones clínicas pueden incluir: disfagia esofágica (la cual es gradual iniciando con sólidos y posteriormente con líquidos), regurgitaciones de alimentos no digeridos, dolor torácico no cardíaco y pérdida de peso, que son en conjunto síntomas que habitualmente se confunden con ERGE y retrasan su diagnóstico (1.5 años en promedio para el diagnóstico). Además se puede asociar a algunas complicaciones como es la neumonía por broncoaspiración⁽⁵⁾

La manometría Convencional es el método ideal para el diagnóstico de esta patología, en la actualidad se utiliza la Manometría de alta resolución ya que ofrece algunas ventajas con relación a la convencional; una de ellas es que a través de la clasificación de Chicago se pueden establecer 3 tipos de acalasia (I clásica, II presurización panesofágica, III espástica) y de esta forma es posible establecer un mejor pronóstico de respuesta al tratamiento, siendo la tipo III la de peor respuesta a cualquier tipo de manejo (<50%) y la tipo II la de mejor pronóstico (>80%).⁽⁶⁾

A pesar de ser una enfermedad poco frecuente, existen hoy en día guías internacionales como la del Colegio Americano de Gastroenterólogos (CAG), la de la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) y la de la Sociedad Americana de Cirujanos Gastroenterólogos y Endoscopista (SAGES) que indican claramente el abordaje diagnóstico y de tratamiento de esta enfermedad.^(7,8)

Se han propuesto modalidades de tratamiento con el objeto de disminuir la presión en reposo del EEI a un punto en el que el esfínter no impida el paso del bolo alimenticio, entre los cuales se tienen los descritos en la Tabla 1.

Tabla 1. Tabla comparativa de los tratamientos tradicionales para acalasia.

Variable	Dilatación neumática	Miotomía quirúrgica	Toxina botulínica
Facilidad de la técnica	++	+++	+
Duración del efecto	++	+++	+
Seguridad	++	++	+++
Costo	++	+	++
Regreso al trabajo	+++	+	+++
Éxito en acalasia vigorosa	+	++	+++
Éxito en pediátricos	++	+++	+
Éxito en ancianos	+++	+++	++

Fuente: Stavropoulos al.⁽⁹⁾

El objetivo del estudio fue conocer nuestra casuística, experiencia y evaluar la efectividad del tratamiento endoscópico con dilatación neumática con balón de esta patología en un centro de referencia de enfermedades del tracto gastro-intestinal.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo y observacional, en el cual se revisaron las historias de los pacientes que acudieron a nuestra institución con el Diagnóstico de Acalasia, desde Mayo 2002 hasta junio 2016.

Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico clínico, endoscópico y radiológico de Acalasia y algunos pacientes que contaron con Manometría Esofágica

A todos los pacientes se les realizó Endoscopia Digestiva Superior con Equipo Video Gastroscopio Marca Olympus y Video Gastroscopio Marca Fujinom.

El esofagograma se realizó con contraste baritado en proyecciones frontales y laterales con vaciamiento y decúbito lateral izquierdo para evaluar unión esófago-Gástrica.

Nuestra institución no contaba hasta el 2015 con unidad de Manometría, por lo cual era un estudio que se realizaba en un centro privado con alto costo para nuestros pacientes, motivo por lo cual la mayoría de ellos no contaron con este método.

En los primeros años del estudio (hasta el 2008), las dilataciones se realizaron con Dilatadores de Savary desde 11 hasta 17 fr y es desde el 2009 que se introduce el Balón Neumático. A todos los pacientes se le realizó dilatación visión fluoroscópica evidenciando el tercio medio del balón a nivel del EEI, con visualización de la desaparición de la cintura del balón al momento de la insuflación. La presión insuflada fue entre 7-12psi (360-770mmHg) de aire mantenidos por periodos 1 a 2min.

Posterior a cada dilatación, se realizó una endoscopia para observar la rotura progresiva de las fibras musculares. Se iniciaron con balón de 3cm, y de forma progresiva en caso de persistencia o recurrencia de síntomas, se incrementó el tamaño del balón.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 53 pacientes, 27 del sexo masculino y 26 del sexo femenino, con un rango de edad entre 13 y 77 años, con un promedio de 51 años.

Todos los pacientes tenían endoscopia digestiva superior y radiología y solo 29 contaron con la Manometría esofágica.

Se le realizaron a 17 pacientes, dos dilataciones; 24 pacientes, tres dilataciones; 4 pacientes, 5 dilataciones (las tres primeras dilataciones en el primer año del diagnóstico y las siguientes a los 5 a 7 años posteriormente), una de ellas asintomática por 12 años y ameritó en el 2015 dos sesiones de dilatación neumática.

4 pacientes, ameritaron más de 5 dilataciones, de los cuales 3 fueron a cirugía (17, 23 y 25 años, a uno de ellos, a los 9 meses post operado se le realizó dilatación por estenosis de la unión esófago-gástrica)

4 pacientes se desconoce su evolución. Un paciente fallecido por accidente de tránsito.

En el 73,3 % de los casos, las dilataciones en número de dos o tres, mejoraron en un 100 % la clínica de los pacientes, 7,5% de ellos ameritó más de 5 dilataciones con recaída de los síntomas después de 5 años de la última dilatación.

Discusión

El tratamiento endoscópico con dilatación neumática con balón de la Acalasia, es un método seguro, con mínimas complicaciones y muy bajo porcentaje de mortalidad.

En nuestra revisión, la evolución de los pacientes fue satisfactoria dada por ausencia de disfagia, regurgitación, ganancia de peso y mejoría de los síntomas extra esofágicos como la tos e infecciones del tracto respiratorio alto.

Se describen factores de buen pronóstico para tener un tratamiento 100% efectivo con las dilataciones, edad >40 años, manometría de alta resolución: tipo II, diámetro estrecho de la unión EG, mujer, presión posprocedimiento del EEI <15mmHg⁽¹⁰⁾. Es costo-efectivo, el efecto es inmediato y duradero en más del 85% a un año, sin embargo a 5 años los síntomas recurren en un 40%, ameritando un nuevo procedimiento endoscópico con DN en más del 90% de los pacientes⁽¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁾. En nuestro caso, la edad y el sexo no fueron factores predictores de mejor o peor pronóstico ya que el rango de edad de los pacientes bien respondedores varió entre 19 y 56 años.

La persistencia de disfagia después de 3 dilataciones endoscópicas se considera un fallo en el tratamiento y al paciente se le debe ofrecer una nueva modalidad de tratamiento, endoscópica (POEM) o quirúrgica (MH)⁽¹⁵⁾, sin embargo, en nuestro caso, se decidieron realizar más de tres dilataciones en vista de la discreta mejoría clínica y que no contamos con un centro de referencia para tratamiento quirúrgico y en muchos de los casos, porque los pacientes rehusaron el método quirúrgico.

Conclusiones

Sugerimos la Dilatación Neumática como un tratamiento seguro, de bajo costo y con muy baja tasa de complicaciones, siendo el abordaje de la dilatación gradual, donde los pacientes pueden alcanzar un >90% de resolución de los síntomas en el seguimiento a 2 años.

Clasificación

ÁREA: gastroenterología.

TIPO: artículo original.

TEMA: acalasia, tratamiento con dilatación neumática.

PATROCINIO: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o privado.

Referencias

1. D.L. Francis, D.A. Katzka. Achalasia: Update on the disease and its treatment. *Gastroenterology*, 139 (2010), pp. 369.
2. Brunicaudi C., Andersen D., Billiar T., et al. *Schwartz Principios de Cirugía Novena Edición*. (2011). Mc Graw Hill. México.
3. J. M. Lake; R. K. H. Wong.: The management of achalasia a comparison of different treatment modalities. *Aliment Pharmacol Ther* 24, 909–918. 2006
4. Woosu Park, M.D., Michael, Vaezi, M.D., PhD: Etiology and pathogenesis of achalasia: The Current understanding. *Am J Gastroenterol* 2005 100;1404-14.
5. M.F. Vaezi, J.E. Pandolfino, M.F. Vela ACG clinical guideline: Diagnosis and management of achalasia. *Am J Gastroenterol*, 108 (2013), pp. 1238.
6. N. Pratap, D.N. Reddy. Can achalasia subtyping by high-resolution manometry predict the therapeutic outcome of pneumatic balloon dilatation?: author's reply. *J Neurogastroenterol Motil*, 17 (2011), pp. 205.
7. M.F. Vaezi, J.E. Pandolfino, M.F. Vela. ACG clinical guideline: Diagnosis and management of achalasia. *Am J Gastroenterol*, 108 (2013), pp. 1238.
8. D. Stefanidis, W. Richardson, T.M. Farrell. SAGES guidelines for the surgical treatment of esophageal achalasia. *Surg Endosc*, 26 (2012), pp. 296-311.
9. S. Stavropoulos, D. Friedel, R. Modayil. Endoscopic approaches to treatment of achalasia. *Therap Adv Gastroenterol*, 6 (2013), pp. 115-135.
10. K. Farhoomand, J.T. Connor, J.E. Richter. Predictors of outcome of pneumatic dilation in achalasia. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2 (2004), pp. 94.
11. J.E. Richter, G.E. Boeckstaens. Management of achalasia: surgery or pneumatic dilation. *Gut*, 60 (2011), pp. 869-876.
12. M.F. Vela, J.E. Richter, F. Khandwala. The long-term efficacy of pneumatic dilatation and Heller myotomy for the treatment of achalasia. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 4 (2006), pp. 580.
13. F. Zerbib, V. Thétiot, F. Richey. Repeated pneumatic dilations as long-term maintenance therapy for esophageal achalasia. *Am J Gastroenterol*, 101 (2006), pp. 692.
14. T.R. Elliott, P.I. Wu, S. Fuentealba. Long-term outcome following pneumatic dilatation as initial therapy for idiopathic achalasia: An 18-year single-centre experience. *Aliment Pharmacol Ther*, 37 (2013), pp. 1210.
15. J.M. Guardino, M.F. Vela, J.T. Connor. Pneumatic dilation for the treatment of achalasia in untreated patients and patients with failed Heller myotomy. *J Clin Gastroenterol*, 38 (2004), pp. 855-860.